

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade à Distância
Turma 7**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na ESF Aluízio Coelho dos Reis,
Patos do Piauí/PI**

Haydée Pérez Terán García

Pelotas, 2015

Haydée Pérez Terán García

**Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na ESF Aluízio Coelho dos Reis,
Patos do Piauí/PI**

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

Orientadora: Adrize Rutz Porto

Pelotas, 2015

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

G216m García, Haydee Perez Teran

Melhoria da Atenção á Saúde da Pessoa Idosa na UBS Aluizio Coelho dos Reis, Patos do Piauí/PI / Haydee Perez Teran García; Adrize Rutz Porto, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

93 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Saúde do Idoso 4.Assistência domiciliar 5.Saúde Bucal I. Porto, Adrize Rutz, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

A minhas filhas Analia e Aniela, razão da minha vida.

Agradecimentos

À orientadora Adrize Rutz Porto por sua cooperação e apoio para a realização do trabalho.

À equipe de saúde 1 da Unidade Básica de Saúde Aluizio Coelho dos Reis pela ajuda na conquista dos resultados.

À população de Patos do Piauí pelo amor e acolhimento.

Resumo

GARCÍA, Haydee Pérez Terán. **Melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa na ESF Aluizio Coelho dos Reis, Patos do Piauí/PI**. 2015. 91f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A equipe 1 motivada por intervir na difícil ação de saúde de promover na comunidade hábitos de vida saudável, buscou oferecer um serviço de qualidade aos idosos da área de abrangência da Unidade de Saúde da Família Aluizio Coelho dos Reis do município Patos do Piauí, no estado do Piauí. Para tanto, teve-se por objetivo, com o trabalho de intervenção, melhorar a atenção à saúde da pessoa idosa nesse território. Os cadernos de atenção primária do Ministério da Saúde do Brasil subsidiaram a equipe para o desenvolvimento da intervenção de 12 semanas, no período de fevereiro a abril de 2015. Para implementar a intervenção, foi necessário analisar situação de saúde da comunidade da referida Unidade, identificando-se, principalmente, a falta de registros das ações na saúde do idoso e a não utilização de protocolos para a realização das atividades com esse grupo populacional. A equipe 1 tem 2.079 pessoas em sua área de abrangência, sendo estimados 208 (10%) idosos. Antes da intervenção 66 idosos (31,73%) estavam cadastrados e com a intervenção foram 170 (81,73%) idosos atendidos e que estão em acompanhamento pela equipe. Extrapolando a avaliação meramente assistencial e curativa, dentre os resultados principais destaca-se a adesão ao Programa, dos idosos, familiares, cuidadores que participaram de forma ativa nas ações, conseguiu-se inserir o Conselho de Saúde na rotina da unidade, fato novo, pois antes a comunidade não participava na programação das atividades da Unidade de Saúde, com o controle social das ações desenvolvidas pelos profissionais. A criação do Grupo de Apoio Comunitário foi um sucesso para alcançar os resultados por colaborar com a busca ativa de faltosos às consultas. Foram avaliados 24 (12%) idosos acamados ou com dificuldades de locomoção, além disso, destaca-se que o mais relevante foi conseguir que a avaliação fosse integral, com todos os membros da equipe (médica, enfermeira, dentista, nutricionista, psicóloga, fisioterapeuta, técnica de laboratório para extração da amostra do sangue), pois essa atividade causou grande impacto e satisfação na população. Observou-se a incorporação da intervenção à rotina de trabalho da Unidade, melhora na avaliação integral dos idosos no processo de trabalho da equipe e uma mudança na atitude dos usuários, famílias e comunidade, quanto à procura do atendimento, visando à promoção de saúde. Ainda há muitas ações por fazer e que estão sendo realizadas, pois o objetivo da equipe é de atingir a cobertura de 100% da população idosa e continuar oferecendo um serviço de qualidade, integral, humanizado e digno para toda a população do município Patos do Piauí.

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

Lista de Figuras

Figura 1 - Proporção de idosos cadastrados na USF Aluísio Coelho dos Reis. Patos do Piauí/PI, 2015.....	60
Figura 2 - Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada na USF Aluísio Coelho dos Reis. Patos do Piauí/PI, 2015.....	62
Figura 3 - Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática na USF Aluísio Coelho dos Reis. Patos do Piauí/PI, 2015.....	65
Figura 4 - Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da pessoa Idosa na USF Aluísio Coelho dos Reis. Patos do Piauí/PI, 2015.....	66
Figura 5 - Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia na USF Aluísio Coelho dos Reis. Patos do Piauí/PI, 2015.....	67
Figura 6 - Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia em dia na USF Aluísio Coelho dos Reis. Patos do Piauí/PI, 2015.....	68

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIVD	Instrumentais da Vida Diária
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CRAS	Centro Referência de Assistência Social
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CLISAM	Clínica de Saúde da Mulher
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EaD	Ensino à Distância
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Crônica
HDL	<i>High-Density Lipoprotein</i>
HIPERDIA	Programa de Cadastramento de Hipertensos e Diabéticos
IMC	Índice de Massa Corporal
LDL	<i>Low-Density Lipoprotein</i>
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PA	Pressão Arterial
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

Sumário

Apresentação.....	8
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	19
2 Análise Estratégica	21
2.1 Justificativa.....	21
2.2 Objetivos e metas.....	23
2.2.1 Objetivo geral	23
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	23
2.3 Metodologia.....	24
2.3.1 Detalhamento das ações.....	25
2.3.2 Indicadores.....	43
2.3.3 Logística	48
2.3.4 Cronograma	51
3 Relatório da Intervenção.....	53
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	54
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	58
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	58
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	58
4 Avaliação da intervenção	59
4.1 Resultados	59
4.2 Discussão.....	70
5 Relatório da intervenção para gestores	73
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	76
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	78
Referências	79
Apêndices	80
Anexos	81

Apresentação

O presente volume trata de um Trabalho de Conclusão de Curso da Especialização em Saúde da Família, na modalidade à distância, da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), executado pela Equipe de Saúde da Família 1 da Unidade Básica de Saúde (UBS) Aluizio Coelho dos Reis do município de Patos do Piauí, estado do Piauí. O mesmo está composto por sete itens que descrevem cada uma das etapas do processo de construção do trabalho.

O primeiro item é a Análise Situacional que identifica o problema objeto da intervenção. No segundo item Análise Estratégica projeta-se a intervenção a ser executada, justificando-a, formulando os objetivos, as metas, as ações, os indicadores, a logística e o cronograma de atividades. O terceiro tópico relata o desenvolvimento da intervenção, quanto à realização ou não das ações previstas, dificuldades na coleta das informações e analisa brevemente a viabilidade de incorporação das ações previstas na rotina da Unidade. O quarto item, Avaliação da Intervenção, descreve os resultados da intervenção e os discute em seus detalhes. Ainda constam os componentes cinco e seis, que são os relatórios voltados para os gestores e outro para a comunidade. O sétimo tópico é uma reflexão crítica do processo de aprendizagem da especializanda e o último item traz a lista das referências que serviram de suporte teórico ao trabalho, bem como seus apêndices e anexos.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Minha percepção sobre a unidade de saúde em que eu trabalho é que a infraestrutura da unidade está inadequada. A unidade neste momento está passando por uma reforma para ampliação de consultórios, pois falta maca, mesa ginecológica, oftalmoscópio. Contudo se trabalha para o melhor atendimento e resultados na saúde para elevar o nível de satisfação da população. Ainda não temos equipe de trabalho completa, pois falta um enfermeiro. Temos Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

A unidade possui uma farmácia que disponibiliza aos usuários do serviço as medicações. Nossa equipe trabalha como uma equipe multidisciplinar e as ações contemplam assistência, promoção e prevenção de saúde e o programa Mais Médicos revitaliza a assistência médica a indivíduos, famílias e sociedades, além disso, interagimos com o ambiente.

Neste marco procuram-se os fatores de riscos das doenças crônicas não transmissíveis para ter um melhor diagnóstico de cada paciente e poder atuar sobre esses fatores de risco, melhorando a qualidade de vida das pessoas, devido a costumes inadequados e hábitos tóxicos que prejudicam a saúde. Pretendemos melhorar estilos de vidas não saudáveis.

Realizam-se consultas às gestantes, com a participação de médico e enfermeira, orientando sobre importância da assistência e controle de riscos durante a gravidez e ao futuro bebê, além disso, realizam-se puericulturas das crianças, orientam-se as adolescentes Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), agendam-se consultas a adultos, além da demanda espontânea e exames de prevenção às mulheres.

Desenvolvem-se palestras a diferentes grupos de pessoas como, por exemplo, gestantes, prevenção da Dengue. Agentes Comunitários de Saúde (ACS) fazem visitas domiciliares pelo menos uma vez por mês em cada domicílio e reúnem-se geralmente com a equipe na unidade para discutir o que precisa na sua microárea, uma vez por semana. Trabalha-se também com o Programa Saúde na Escola em que se abordam os cuidados clínicos nutricionais, odontológicos e oftalmológicos, orientações quanto à saúde sexual reprodutiva e promoção de atividades físicas e prevenção em relação ao uso de drogas e prevenção das DST.

Ações de prevenção são desenvolvidas junto a Educação e Promoção Social do Programa Bolsa Família beneficia as famílias com vulnerabilidade social, em que estão presentes os ACS daquelas áreas. Também realizamos visitas domiciliares aos pacientes idosos acamados, pacientes incapacitados, puérperas e recém-nascidos, assim como o atendimento a população rural distante com condições socioeconômicas vulneráveis e estradas de difícil acesso. A comunidade tem uma boa relação com a UBS e a equipe conta com bom acolhimento, tendo acesso a todas as áreas disponíveis na UBS.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Patos do Piauí é um município do Estado de Piauí, situado no nordeste brasileiro, o município estende-se por 751,6 km² e contava com 6.107 habitantes no último Censo. A densidade demográfica é de 8,1 habitantes por km² no território do município. Patos é vizinho dos municípios de Massapê do Piauí, Caridade do Piauí, Jacobina do Piauí e Vera Mendes. Patos do Piauí situa-se a 100 km a Sul-Leste de Picos a maior cidade nos arredores e está situada a 226 metros de altitude.

O município tem duas UBS com Estratégia de Saúde da Família (ESF), uma no povoado Cajueiro e outra na cidade de Patos, as duas tem disponibilidade de NASF. Nossa UBS não tem disponibilidade de Centro Especialidades Odontológicas (CEO), serviço hospitalar, nem conta com atenção especializada.

A UBS Aluizio Coelho dos Reis foi inaugurada em fevereiro de 2014, encontra-se na Rua Salustiano Pereira do Nascimento e inicialmente foi concebida

para ser um hospital, mas o Ministério da Saúde (MS) não aprovou o projeto para esse destino.

A UBS Aluízio Coelho dos Reis é urbana e está estreitamente vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS), tem um modelo de atenção de ESF. A mesma tem três equipes, cada uma composta por: um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um dentista, um assistente de dentista, uma nutricionista, uma fisioterapeuta, uma fonoaudióloga, uma psicóloga, uma técnica de farmácia, uma terapeuta ocupacional e quatro ACS. O fluxo de referência das ações e serviços de saúde da UBS é a seguinte: Clínica de Saúde da Mulher (CLISAM) Picos (Pré-natal alto risco); CEO Jaicós (procedimentos odontológicos secundários); Hospital Regional Justino Luz Picos (procedimentos de média e alta complexidade odontológica, Urgências, Emergências, partos e cesáreas normais); Hospital regional Mariana Pires (Paulistana) e Florisa Silva (Urgências e Emergências, partos e cesáreas normais); CAPS (Paulistana e Picos) para Usuários de álcool e outras drogas; Maternidade Dona Evangelina Rosa (Teresina) para gestação de risco.

A estrutura física da UBS é composta por: uma sala de recepção; duas salas de espera; uma sala de imunização; uma sala de reunião; quatro banheiros, uma sala de pronto atendimento; uma sala de nebulização; uma copa; uma lavanderia; uma sala de esterilização; um consultório odontológico; um consultório de fisioterapia; uma farmácia; quatro depósitos; sala de laboratório clínico, três salas de observação (com quatro macas cada uma); um laboratório de próteses; um posto de enfermagem; dois consultórios médicos e dois de enfermagem; um almoxarifado e duas garagens. Todos os locais estão devidamente identificados com sinais visuais, o que evita a perda de tempo por falta de informações, as pessoas que precisam traslado (inconsciência, feridos, etc.) são trasladados em cadeiras de rodas, há macas (sala de enfermagem, salas de observação feminina, masculina e para pediatria).

Na UBS observamos as seguintes barreiras arquitetônicas: falta de corrimãos nos corredores; ausência de banheiros adaptados para cadeirantes; ausência de tapetes em alguns espaços (sala de espera, consultórios e outras dependências do prédio); inexistência de rampas alternativas para garantir o acesso de pessoas idosas e cadeirantes. Como medidas de enfrentamento para superar essas dificuldades pensa-se que poderia ser promovida a acessibilidade e proporcionar condições de mobilidade, com autonomia e segurança de idosos e cadeirantes

(adaptar portas dos banheiros para cadeirantes, garantir tapetes fixados em espaços que não possuem para evitar quedas ou acidentes na sala de espera, etc.).

Em relação às atribuições comuns a todos os profissionais, na UBS ocorre a busca ativa e a notificações de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local. Também são atribuições dos profissionais o acolhimento, acompanhamento da gestante e bebê (pré-natal e puericultura), atendimento aos profissionais do NASF, consulta de enfermagem, consultas médicas, consulta odontológica, curativos, dispensação de medicamentos básicos, preservativos e contraceptivos, encaminhamento às especialidades médicas, exames laboratoriais e preventivos, grupo de educação em saúde, imunização, nebulização, planejamento familiar, teste de pezinho, tratamento odontológico.

Os casos que precisam de avaliação são encaminhados às cidades de Jaicós, Paulistana, Picos e Teresina segundo fluxo de referência. Em nossa UBS há coleta de amostra de sangue dos usuários para exames laboratoriais, e as amostras são enviadas a Paulistana para processo de leitura. Também prestamos serviços de acolhimento com classificação de risco: situação não aguda (cor azul), urgência relativa (cor verde), urgência prioritária (cor amarela) e situação aguda ou crônica agudizada (cor vermelha). Há consultas programáticas para hipertensos e diabéticos, puericultura, pré-natal, nutrição, fonoaudiologia, terapia ocupacional, odontologia e fisioterapia.

A população da área adscrita da UBS é de 6.107 pessoas. Há uma população predominantemente masculina (cerca de três mil). Os menos de um ano são 92, menores de 5 anos são 184, de 5 a 14 anos são 1.143, 15 a 59 anos são 3.836 e com mais de 60 anos são 650. O tamanho do serviço é adequado e a UBS tem três equipes de saúde e um profissional do Programa Mais Médicos para assistir a população da área adstrita.

A competitividade na saúde afeta particularmente a população que precisa de serviços articulados (iniciando na atenção primária que devesse complementar segundo as necessidades da população com atenção secundária, terciária) para conseguir integralidade em nossa atividade e responder às necessidades de todos e de cada um, de maneira singular, integral, equânime e compartilhada. Enfrentamos dia a dia com a complexidade de sofrimentos, adoecimentos, demandas de saúde de nossa população, que procura na atenção básica, confiança, perícia, solução a

seus problemas de saúde e o acolhimento (porta de entrada aos usuários que procuram nossos serviços) que é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas, muitas vezes o usuário só precisa uma informação e nós trabalhadores da atenção básica (com uso de conhecimentos, dos protocolos e recursos disponíveis) temos que ser capazes de oferecer esse serviço com amor e seriedade e não como uma forma de perder tempo, porque o usuário também identifica suas necessidades de saúde.

Os prontuários passam para o atendimento médico com classificação de diferentes cores em dependência do risco. A vulnerabilidade dos usuários e classificação é responsabilidade das enfermeiras. A enfermeira supervisora organiza a agenda dos profissionais; que outras ofertas de cuidado (além da consulta) podem ser necessárias, etc. Os médicos determinam quando encaminhar/agendar uma consulta médica; mais de forma geral todos trabalharam em equipe na tomada de decisões, por isso é necessário ampliar a capacidade clínica da equipe de saúde, para reconhecer riscos e vulnerabilidades e realizar/acionar intervenções.

Diariamente os médicos da equipe de saúde da UBS Aluizio Coelho dos Reis assistem, cada um, 30 pessoas e cinco vagas são destinados para emergências, os usuários chegam à consulta com peso, altura, valores de Pressão Arterial (PA), glicemia e circunferência abdominal, em casos com diabetes, os usuários de puericultura chegam com mensurações de circunferência cefálica, torácica e abdominal, vacinas recebidas no último mês. As visitas domiciliares oscilam nos 15 casos e as pessoas são pesadas, medidas e verificada a PA e a glicemia (os dados são registrados nos prontuários).

Todos os locais estão devidamente identificados com sinais visuais o que evita a perda de tempo por falta de informações, as pessoas que precisam traslado (inconsciência, incapacitados, feridos, etc.) são trasladados em cadeiras de rodas, macas sanitárias por vigia até salas destinadas para receber atenção (sala de enfermagem, salas de observação para femininas, masculinos e pediatria).

São priorizados para consultar os idosos, grávidas, crianças, urgências, as emergências, evitando assim burocratizar o acolhimento e o fluxo do usuário na unidade, e para ampliar a resolutividade e a capacidade de cuidado pela equipe. Todas essas ações facilitam agilidade no serviço oferecido e iniciam no acolhimento.

Em relação às ações para a saúde da criança, existem cadastradas 49 crianças menores de um ano, 278 crianças entre 1 a 4 anos e 585 crianças entre 5 a 9 anos. Nossa cobertura de atendimento das crianças é de 100%, porém segundo a estimativa populacional deveríamos ter 92 crianças menores de 1 ano de idade, porém só temos 49. Este fato se justifica porque Patos do Piauí é uma cidade caracterizada por baixa taxa de natalidade. Os indicadores da qualidade da atenção à saúde da criança, de forma geral, são avaliados como bons, ainda temos que melhorar a realização precoce do teste de pezinho, avaliação dos recém-nascidos na primeira semana de vida.

Em muitas ocasiões recebemos crianças da atenção secundária com aleitamento artificial e depois é muito difícil reiniciar aleitamento materno exclusivo, temos também dificuldades para avaliação por Pediatria. Considero que uma boa qualidade da atenção à Saúde da Criança inicia na gravidez, a captação precoce da criança recém-nascida (ideal nas primeiras 72 horas), exame físico céfalo-caudal completo, reavaliação por pediatra 15 dias depois da captação, vacinas, esquema de alimentação, desenvolvimento psicomotor, orientações sobre cuidados da criança, aleitamento materno exclusivo e sua importância, prevenção de acidentes infecção respiratória alta, doença diarreica aguda, paternidade responsável, indicar suplementos férricos, ácido fólico, vitamina A, avaliação fecal e tratamento de verminoses. Os registros de puericultura contem: nome e sobrenome, nome da mãe, endereço, data de nascimento, data de agendamento, vacinas, tratamento com sulfato ferroso e vitamina A.

Na UBS Aluizio Coelho dos Reis é realizado atendimento pré-natal todos os dias em ambos os turnos, atividades de grupo multidisciplinar, mas ainda temos que conscientizar a equipe de saúde da importância e fazer teste de fezes na grávida para pesquisar verminoses. Há dificuldade na conscientização da importância da avaliação odontológica. Já estamos fazendo avaliação de risco para 100% das grávidas (idade, aceitação da gravidez, paridade, renda familiar, último parto, fator Rh, antecedentes obstétricos como abortos, cesárea, natimorto, prematuro, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, placenta prévia, Data Provável do Parto). Também avaliamos uso de drogas e doenças de risco, através de um questionário elaborado pela Secretaria Estadual da Saúde do Piauí.

Temos 100% das grávidas captadas quando chegam a nossa área. Consideramos que o controle do risco pré-concepcionais com dispositivos

intrauterinos para puérperas com déficit mentais, baixa escolaridade, multiparidade, doenças crônicas, antecedentes obstétricos desfavoráveis e ainda não oferecemos nesse serviço por não ter disponibilidade de Dispositivo Intrauterino.

O registro do pré-natal inclui: nomes e sobrenomes, endereço, data da última menstruação, data provável de parto, doenças associadas, risco com classificação, vacinas recebidas, data da citologia oncótica, data do próximo agendamento. Os registros são avaliados mensalmente pela enfermeira supervisora e médicos para detectar grávidas faltosas, identificar as mulheres com data de parto para o mês, vacinas recebidas, citologias pendentes. As grávidas recebem acolhimento pelas enfermeiras e são feitas no mínimo sete consultas pré-natais, mas geralmente são avaliadas em mais ocasiões por nossa equipe, segundo a classificação de risco.

Para contribuir e ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção ao pré-natal em nossa UBS temos que: iniciar atividade preventiva e classificação do risco pré-concepcional em toda mulher com vida sexual ativa; ter disponibilidade de dispositivos intrauterinos para ofertar às mulheres com déficit mentais, baixa escolaridade, multiparidade, doenças crônicas, antecedentes obstétricos desfavoráveis; melhorar capacitação dos ACS para pesquisar amenorreia na comunidade e informar a equipe de saúde para diminuir captação tardia. A atenção pré-natal deve ser hierarquizada pelos médicos e complementada por toda a equipe de saúde.

Quanto a Prevenção do Câncer de Colo de Útero e Controle do Câncer de Mama em nossa UBS existem 1.478 mulheres com idade entre 25-64 anos e 458 mulheres com idade entre 50-69 anos. São realizados os exames para citologia oncótica todos os dias da semana e atualmente têm 62 citologias com atraso, são mulheres faltosas há mais de dois anos e quatro mulheres que nunca fizeram o exame. Temos ainda 669 exames citológicos para serem realizados nos meses de setembro e dezembro. Contamos com um livro de registro do programa Prevenção do Câncer de Colo de Útero e também para o câncer de mama.

Ainda temos que conscientizar as mulheres faltosas sobre a importância da citologia oncótica, orientar sobre ética dos profissionais de saúde de sexo masculino a aquelas mulheres que se negam a fazer o exame por vergonha. Temos que conseguir que essas mulheres faltosas recebam o serviço incrementando as ações de educação, informando avaliação de risco, inserir a comunidade, famílias, centros laborais, em nosso trabalho.

Atualmente não temos mulheres com exame citopatológico alterado, mas quando isso acontece temos que trabalhar em união com atenção secundária e ACS para ter controle do seguimento, data das consultas, exames realizados, resultados das mesmas, próximo agendamento, visitas em suas casas para orientar as mulheres sobre resultados dos exames e importância das consultas de seguimento.

Em nossa UBS tínhamos atraso importante na realização dos ultrassons mamários e mamografia, mas faz quatro meses que foi realizado um mutirão para atualizar esses exames. Atualmente temos ainda 127 exames pendentes e mulheres que tem medo da mamografia, pois referem provocar dor, porém devemos convencer a essas mulheres dos benefícios desses exames.

Em relação à atenção aos hipertensos e diabéticos, Patos tem uma população estimada de 1.226 hipertensos e temos registrados só 448 (37%), porém a cobertura de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é deficiente, os indicadores da qualidade da atenção à HAS é boa, as pessoas já diagnosticadas têm um seguimento adequado, só temos que pesquisar danos no nível da retina secundários a HAS (avaliação por oftalmologista).

Quanto ao processo de trabalho não conseguimos apresentar indicadores positivos, devido à pesquisa ativa na comunidade ser deficiente. As visitas domiciliares acontecem às pessoas já diagnosticadas e não as de risco. Não se avalia PA em casos novos, em ambos os braços para considerar qual tem maior valor, pois também não temos os seis tamanhos de manguitos recomendados.

Então as dificuldades que temos são decorrentes do processo de trabalho e na gestão, temos que conseguir que não se pesquise HAS só em pessoas com demanda espontânea de atendimento. Ainda temos em conta que essas doenças podem ficar sem sintomas por um tempo variável e em muitas ocasiões são as complicações que provocam a visita ao médico. Toda pessoa maior de 18 anos deve-se avaliar a PA, temos dificuldade em realizar diagnóstico precoce de HAS, o que provoca aumento de risco de eventos cardiovasculares. Igualmente temos que melhorar os processos educacionais de nossa população para acrescentar estilos de vida saudáveis, na medida em que nos melhoramos nossas atividades de prevenção, que é principal e total responsabilidade da atenção básica, conseguiremos indicadores positivos.

O mesmo acontece com a Diabetes Mellitus (DM) o estimado é de 350 diabéticos e só temos controlados 89(25%). A cobertura e os indicadores da

qualidade da atenção são deficientes, ainda temos que conseguir uma atenção mais integral e de qualidade, através de pesquisa em nosso atendimento de complicações, tais como neuropatia e pé diabético. O processo de trabalho poderia ser melhorado para contribuir a ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção à DM não conseguimos apresentar indicadores positivos.

Não temos por hábito considerar as pessoas com riscos como prioridade de atendimento [pessoas maiores de 45 anos, sobrepeso e índice de massa corporal maior de 25, obesidade central (+102 cm em homens e + 88 cm nas mulheres), HAS (+140/90mmHg), etc.]. Atualmente se está aplicando a avaliação cardiovascular (Score de Framingham) classificando categoria do risco. Aos pacientes diabéticos está se avaliando sistema arterial periférico e venoso e examinando os pés em pesquisa do pé diabético e batimentos arteriais.

Em relação à saúde dos idosos a população estimada é de 650 idosos e na realidade temos 865 idosos e temos na UBS acompanhados 166 (26%) idosos. A maior parte está na zona rural (66,1%). Os principais problemas identificados pela comunidade do município foram: a dificuldade de acesso à saúde, a baixa qualidade no atendimento e o alto índice de desemprego.

O Brasil experimenta um acelerado processo de envelhecimento populacional motivado pela queda das taxas de fecundidade e mortalidade, o que justifica os números mais elevados. As projeções mais conservadoras indicam que em 2025 o Brasil seja o sexto país do mundo em número de idosos, com uma quantidade superior a 30 milhões de pessoas (CARVALHO; GARCIA, 2003; PARAYBA; SIMÕES, 2006). O município Patos do Piauí não escapa dessa realidade.

Os indicadores da qualidade da atenção à Saúde da Pessoa Idosa não é boa. A longevidade, grande conquista do século XX, transforma-se no desafio das políticas públicas de saúde para o atual século: o atendimento das demandas de uma crescente população de idosos, o aumento da incidência e prevalência de doenças crônico-degenerativas sobrepõe-se às ainda não bem resolvidas questões relacionadas ao controle de doenças infectocontagiosas e causas externas de morbimortalidade como violência, acidentes (CAMACHO; COELHO, 2010).

Muito há que se fazer e a Secretaria de Saúde de Patos do Piauí para implantar as ações necessárias para garantir dignidade, segurança e qualidade de vida no envelhecimento da população patoense, além da avaliação do risco cardiovascular, a equipe realiza avaliação das atividades básicas da vida de Katz e

das atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) de Dawton para medir independência. Os idosos que tem patologias associadas como hipertensão arterial, diabetes, transtornos mentais, acamados recebem atendimento agendado. Os idosos sem doenças associadas recebem atendimento espontâneo. Só estão controlados em registros aqueles idosos que são usuários com hipertensão e/ou diabetes.

O maior desafio é mudar estilos de trabalho assistencial ao modelo preventivo de saúde. Os aspectos que me surpreenderam foi o déficit de medicamentos para ofertar a população. Na UBS não temos disponibilidade de muitos dos medicamentos do elenco da assistência farmacêutica da atenção básica (BRASIL, 2013a). Sendo eles: remédios controlados (Clonazepan solução oral 2,5mg, diazepam comprimido 5mg, Fenitoína sódica, comprimido 100mg, fenitoína sódica solução oral 20mg, Fenobarbital Comprimido 100mg, Haloperidol comprimido 5mg e 1mg, Haloperidol decanoato Solução injetável 50mg).

Outros medicamentos que não temos: Colírios (nenhum), dinitrato de Isossorbida comprimido sublingual 5mg, mononitrato de Isossorbida comprimido 40mg, Nistatina Suspensão oral 100.000 UI, Nortriptilina (em nenhuma de suas apresentações).

A realidade das pessoas com doenças psiquiátricas é muito triste, o nível aquisitivo delas é baixo, a família não se mostra cooperativa, por isso é importante proporcionar acesso à medicação controlada, que geralmente é custosa e de uso contínuo. Às vezes situações como corpo estranho nos olhos não pode ser resolvida na UBS por falta de colírio anestésico e tem necessidade de encaminhar a usuária, aumentando custo do atendimento.

A equipe 1 assiste 66 idosos (31,73%) de um total de 208. A situação do atendimento dessa população ao início da análise situacional do Programa de saúde da Pessoa Idosa era a seguinte: 58 idosos (26,1%) com caderneta, os profissionais não realizavam estratificação do risco cardiovascular, 57 idosos (25,6%) com acompanhamento em dia, 64 idosos (28,8%) com HAS e 32 (14,4%) idosos com DM, não investigávamos fragilidade na velhice, nem rede social e 65 idosos (29,2%) tinham avaliação bucal em dia.

A participação da comunidade é de dois tipos, como simples usuários que demandam atendimento, que são a maioria e o usuário com liderança, com os quais foi criado o Conselho Local de Saúde e o Grupo Comunitário de saúde, integrado

por vizinhos da comunidade, desempregados, que são ativados via telefônica pelos membros da equipe nos casos de pacientes faltosos e que apoiam a os ACS na busca e traslado dos usuários a UBS. Estes usuários exercem controle social através da participação das reuniões da equipe, aportando suas ideias, acompanhamento nas visitas domiciliares, participação das atividades de grupo, além disso, participam da análise da situação sanitária e levantamento de problemas que mais afetam a comunidade.

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

Comparando o texto inicial de descrição da situação de saúde e o atual obviamente este último está mais enriquecido e sólido, a elaboração das tarefas nas diferentes unidades do curso, as leituras disponibilizadas dos textos da Atenção Básica e o relatório da análise situacional nos facilitou identificar com nitidez as fraquezas, e fortalezas que temos, contudo são as fraquezas que nos indicam os desafios que temos que vencer no futuro. Nesse sentido, pretendemos alcançar, no curto e médio prazo, a organização e implementação dos programas pendentes, implementar os registros necessários para a coleta de dados que nos permitam monitorar e avaliar nosso trabalho.

Alguns aspectos que mudaram em função da própria construção da análise situacional, dentre eles: aquisição de novos medicamentos por a Secretaria de Saúde; modelagem para avaliação do risco cardiovascular a 100% dos hipertensos e diabéticos da UBS; modelagem para avaliação funcional global dos 100% dos idosos; modelagem para avaliação do risco de 100% das grávidas; disponibilidades de um estoque para assistência a emergências e urgências (eclampsia, infarto agudo do miocárdio); aquisição de torpedo de oxigênio.

Na medida em que a Secretaria de saúde, a equipe de saúde e todo o pessoal que trabalha na UBS tenham sentido de pertinência, quando a saúde deixe atrás o modelo assistencial e seja verdadeiramente preventiva, e quando o engajamento público seja eficaz e comprometido a UBS Aluizio Coelho dos Reis dos Reis terá indicadores de saúde positivos e serão respeitados os direitos de saúde da

população de Patos do Piauí, para nós conseguir ajudar em esse propósito temos que ter ferramentas e conhecimentos do Programa de Saúde do Brasil, que esta especialização coloca em nossas mãos.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial que envolve aspectos referentes a melhoria da expectativa de vida. No Brasil, estima-se que existam 17,6 milhões de pessoas com 60 anos ou mais (BRASIL, 2006). Neste sentido a atenção à saúde do idoso é uma preocupação das políticas públicas de saúde e um desafio para os serviços de atenção básica, o qual tem papel fundamental na promoção do envelhecimento saudável e no controle dos fatores de riscos das doenças próprias dessa faixa etária.

A saúde é elemento central por exercer forte impacto sobre a qualidade de vida da sociedade. Os estigmas negativos, normalmente associados ao processo de envelhecimento, têm como um de seus pilares o declínio biológico, ocasionalmente acompanhado de doenças e dificuldades funcionais com o avançar da idade. As representações sociais construídas em torno da velhice estão fortemente associadas à doença e à dependência, aceitas como características normais e inevitáveis desta fase (BRASIL, 2010).

Durante o desenvolvimento da análise situacional da Unidade de Saúde da Família Aluizio Coelho dos Reis do município Patos do Piauí percebemos que os idosos são uns dos grupos mais vulneráveis na área, pois o acompanhamento pela equipe de saúde ainda é dirigido ao atendimento de situações agudas, com carência de promoção de saúde e afastado da integralidade preconizada pelo MS, com rede social debilitada, pois o município só conta com um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), e muitas vezes os idosos são vítimas de maus tratos, abandono, negligência pela família.

A UBS Aluízio Coelho dos Reis é urbana e está estreitamente vinculada ao SUS, tem um modelo de atenção de ESF. A população maior de 60 anos do município é de 650 pessoas. 66,1% da população estão localizadas na zona rural do município. A estrutura da UBS é uma construção nova e planejada inicialmente para ser um hospital, construída seguindo os padrões de exigência do MS, com todas as salas climatizadas, contam com banheiro interno, a sala de odontologia tem uma cadeira e equipamento adequado, sala de observação para adultos de cada sexo, todas com três leitos, sala de vacina, sala de procedimentos, sala de curativo, sala de nebulização, triagem para acolhimento, esterilização, farmácia, sala de espera, banheiros para usuários nos corredores, balcão da recepção e auditório para aproximadamente 25 pessoas, sendo os espaços grandes e ventilados. Entretanto, tem algumas barreiras arquitetônicas que afetam particularmente a população idosa devido às limitações próprias da idade: faltam corrimãos, banheiros adequados para cadeirantes.

A equipe 1 assiste 66 idosos (31,73%). A situação do atendimento dessa população ao início da análise situacional do Programa de saúde da Pessoa Idosa era a seguinte: 58 idosos (26,1%), com caderneta, os profissionais não realizavam estratificação do risco cardiovascular, 57 idosos (25,6%) com acompanhamento em dia, 64 idosos (28,8%) com HAS e 32 (14,4%) idosos com DM, não investigávamos fragilidade na velhice, nem rede social e 65 idosos (29,2%) tinham avaliação bucal em dia. A equipe conta com uma médica, quatro ACS, uma enfermeira e quatro técnicas de enfermagem.

A UBS Aluízio Coelho dos Reis no intuito de melhorar a qualidade dos serviços de saúde vem desenvolvendo ações as quais visam promover mudanças nos comportamentos e estilos de vida dos idosos, famílias e comunidade. A implementação de estratégias que visem à integralidade no atendimento, que motivem a participação da comunidade, por meio do engajamento público, vai nos permitir superar as dificuldades que nos impedem aumentar a cobertura no atendimento dos idosos, controlar os fatores de risco e implementar fatores protetores para este grupo populacional, promovendo sua qualidade de vida.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa na ESF Aluízio Coelho dos Reis, Patos do Piauí/PI.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1 Ampliar a cobertura do programa de saúde do idoso na UBS Aluízio Coelho dos Reis.

Meta 1.1 Ampliar a cobertura da atenção à saúde do idoso da área da Unidade Básica de Saúde Aluízio Coelho dos Reis em um 80%.

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

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

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

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

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

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

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

Meta 2.7- Rastrear 100% dos idosos para HAS.

Meta 2.8- Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para DM.

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

Meta 2.10- Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

Meta 5.3 Investigar a rede social de 100% dos idosos.

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos.

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de **16 semanas** na Unidade de Saúde da Família (USF) **Aluízio Coelho dos Reis**, no Município de **Patos do Piauí/Piauí**. Participarão da intervenção **170 pessoas maiores de 60 anos**.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1 Ampliar a cobertura do programa de saúde do idoso na UBS Aluízio Coelho dos Reis.

Meta 1.1 Ampliar a cobertura da atenção à saúde do idoso da área da Unidade Básica de Saúde Aluízio Coelho dos Reis em um 80%.

Ações referentes a meta 1.1

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: Monitorar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde periodicamente (pelo menos mensalmente). Monitorar o número de idosos cadastrados no programa através da avaliação do registro do Programa na unidade. Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Acolher os idosos.
- Cadastrar todos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde.
- Atualizar as informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

Todos os idosos cadastrados com consultas agendadas pelos agentes de saúde comunitários ou que chegarem espontaneamente à unidade de saúde foram acolhidos, escutadas suas demandas e resolvidas pelos membros da equipe. As informações do cadastro foram informadas a Secretaria de saúde para atualizar os dados do SIAB. Registrar na ficha espelho e prontuários os dados referentes ao acompanhamento dos idosos.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realiza-lo na unidade de saúde.
- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde.

Em encontro com Conselho de saúde, familiares, cuidadores e comunidade em geral foram informados do início da intervenção, seus objetivos e metas, além disso, foram informados os benefícios que reportariam para os idosos alvos do estudo sua participação, orientamos a comunidade usuária sobre o programa de saúde da

pessoa idosa, frequência das consultas, periodicidade dos exames preconizados pelo MS.

QUALIFICAÇÃO DA 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 a equipe no acolhimento dos idosos, nas Políticas de Humanização e para adoção dos protocolos referentes à saúde da pessoa idosa propostos pelo MS. Capacitar a equipe sobre a saúde dos idosos e que informações devem ser fornecidas aos idosos, famílias, cuidadores e à comunidade em geral sobre este programa de saúde.

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

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

Ações referentes a meta 2.1

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anual em todos idosos acompanhados pela unidade de saúde.

Monitorar número de idosos com realização da avaliação multidimensional rápida na unidade. Organizar a agenda de trabalho dos profissionais para realizar esta avaliação aos idosos da área de abrangência.

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.

Solicitar a gestora de saúde os instrumentos e recursos necessários para avaliação dos idosos. Definir atribuições de cada profissional no acompanhamento dos pacientes para evitar atrasos e oferecer um serviço de qualidade.

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.

Informar aos familiares, cuidadores e comunidade sobre a importância do acompanhamento regular dos idosos pela equipe de saúde para detectar situações de risco (quedas, fragilidade, invalidez, dependência) que podem ser revertidas com uma detecção precoce e ações de promoção de saúde.

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.

Realizar capacitação dos profissionais da equipe na avaliação integral dos idosos segundo protocolo do MS, informando importância da avaliação multidimensional rápida e quais condutas adotar em caso de alterações para um encaminhamento oportuno.

Ações referentes à meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada três meses para diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade de saúde.

Revisão dos prontuários e livro de registro do Programa de saúde da pessoa idosa para monitorar qualidade do exame físico realizado aos pacientes.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- 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 contra-referência de pacientes com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades.

Definir quais ações devem efetivar os membros da equipe na realização do exame clínico apropriado, realizar busca ativa dos idosos com exame clínico inapropriado para a concretização do mesmo. Aqueles idosos com alterações na frequência e intensidade dos pulsos tibial posterior e pediosos serão encaminhados ao angiologista previa coordenação com a secretaria de saúde para garantir a vaga em curto período de tempo.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- 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 aos pacientes com Diabetes Mellitus, HAS, insuficiência venosa periférica de longa data os riscos de neuropatias, mau perfurante plantar, amputações, etc.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- 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 sobre a realização do exame clínico apropriado dos idosos (mucosas, exame da cavidade oral, pele e unhas, presença de edemas, aparelho respiratório, frequência respiratória, aparelho cardiovascular, medição da PA e frequência cardíaca, frequência e intensidade dos pulsos, abdômen, sistema nervoso central e avaliação multidimensional rápida).

Ações referentes à meta 2.3 Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Monitorar número de idosos do Programa de Cadastro de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA) com exames laboratoriais em dia, segundo o preconizado no protocolo do MS. Indicar exames a aqueles idosos que tiverem atraso.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- 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.

Garantir que todos os profissionais conheçam quais são os exames preconizados pelo MS para o seguimento adequado dos pacientes maiores de 60 anos e sua indicação oportuna. Garantir com a gestora de saúde a entrega rápida dos exames indicados aos idosos. Realizar revisão dos registros para detectar idosos com atraso em realização dos exames e indicar os mesmos nos casos que precisarem.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

➤ 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

Informar a comunidade, família e comunidade quais são os exames para o seguimento da população idosa, sua importância e periodicidade.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Capacitar a equipe sobre os exames necessários para o acompanhamento dos idosos, sua interpretação, periodicidade e conduta a seguir nos casos com alterações.

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

Ações referentes à meta 2.4

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

➤ Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular / Hiperdia.

Monitorar o percentual de idosos que receberam medicamentos do estoque do Programa HIPERDIA.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

➤ 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

Garantir a dispensação do medicamento aos idosos hipertensos e diabéticos na unidade, entregar listagem atualizada das necessidades de medicamentos a responsável da farmácia e gestora de saúde para aquisição de medicamentos que ainda não são adquiridos pelo município.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

➤ 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.

Orientar aos idosos, famílias, cuidadores e comunidade sobre a importância de realizar tratamento regular e o direito dos usuários de acessar aos mesmos na unidade.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

➤ 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/Hiperdia

Capacitar o médico para o tratamento atual para doenças como HAS e DM preconizadas pelo MS.

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

Realizar cadastro dos idosos atualmente acamados ou com dificuldades de locomoção através dos ACS fundamentalmente

Ações referentes à meta 2.5

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Realizar cadastro atualizado dos idosos acamados ou com dificuldades de locomoção através dos ACS fundamentalmente através das visitas domiciliares.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

➤ Garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa.

Manter registro da população idosa acamada ou com dificuldades de locomoção (fichas espelho).

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Informar aos idosos, famílias, cuidadores e comunidade sobre o direito dos pacientes acamados ou com dificuldades de locomoção de receber visitas domiciliares para receber um atendimento integral pelos membros da equipe e periodicidade das visitas.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar os ACS para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência.

Instrumentalizar aos ACS sobre o cadastramento dos idosos acamados ou com dificuldades de locomoção, informando sobre a ética no manejo destes pacientes com condições especiais, além disso, capacitar para pesquisar evidências de maus tratos e informar esses casos a equipe para um manejo adequado.

Ações referentes à meta 2.6 Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Realizar visitas domiciliares integral com todos os membros da equipe pelo menos uma vez ano aos idosos acamados com problemas de locomoção. Os idosos deveram receber visitas domiciliares todos os meses.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção.
- Programar a agenda dos profissionais da equipe (médica, enfermeira, nutricionista, dentista, técnica de laboratório, psicóloga e assistente social do CRAS) para avaliação integral pelo menos uma vez ao ano. As visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção serão realizadas mensalmente, ou antes, sim for preciso.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Informar aos idosos, famílias, cuidadores e comunidade sobre o direito dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de receber visitas domiciliares pela equipe de saúde mensalmente, ou antes, sim for preciso.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- 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.

Instrumentalizar aos ACS sobre o cadastramento, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com dificuldades de locomoção e da necessidade de informar a unidade para atualizar registro e agendar visitas pela equipe.

Ações referentes a meta 2.7 Rastrear 100% dos idosos para HAS.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar o número de idosos submetidos a rastreamento para HAS, periodicamente (pelo menos anualmente).

Realizar avaliação da PA aos idosos com periodicidade com técnica adequada nas consultas de acompanhamento, nas visitas domiciliares ou durante a demanda espontânea.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Garantir com a gestora de saúde a aquisição de esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica, balança, antropômetro, Tabela de Snellen, equipe de otorrinolaringologia ou calibrar os esfigmomanômetro e balanças existentes na unidade para oferecer um acolhimento adequado da população com HAS.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- 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.

Informar aos idosos, famílias, cuidadores e comunidade em geral sobre os fatores de risco para desenvolver HAS (obesidade, tabagismo, sedentarismo, uso de

medicamentos, etc.), além disso, as medidas preventivas a ter em conta para evitar este tipo de doença.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Instrumentalizar a equipe na avaliação correta da pressão arterial segundo o preconizado pelo MS.

Ações referentes à meta 2.8 Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para DM.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Realizar glicoteste e indicar glicemia de jejuno a todos aqueles idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmHg.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

➤ Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM.

➤ Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

➤ Criar sistema de alerta na ficha de acompanhamento para indicar o idoso que provavelmente terá que realizar o hemoglicoteste.

Realizar avaliação aos idosos portadores de DM e aqueles com fatores de risco associados para desenvolver a doença no futuro, realizar hemoglicoteste a todos eles durante o acolhimento, informar aos idosos e familiares sobre as medidas a ter em conta para realizar o exame e no manejo do glicômetro.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

➤ Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmHg ou para aqueles com diagnóstico de HAS.

➤ Orientar à comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM.

Informar aos idosos, famílias, cuidadores e comunidade em geral sobre os fatores de risco para desenvolver HAS e DM (obesidade, tabagismo, sedentarismo, uso de

medicamentos, macrosomia, óbitos fetais de causa desconhecida, abortos habituais, síndrome de ovários policísticos etc.), além disso, as medidas preventivas a ter em conta para evitar este tipo de doença.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

➤ Capacitar a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmHg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

Instrumentalizar a equipe na realização e interpretação correta do hemoglicoteste segundo o preconizado pelo MS em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmHg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica durante o acompanhamento.

Ações referentes à meta 2.9 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

➤ Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de idosos.

Monitorar a saúde bucal dos idosos, moradores da área de abrangência com primeira consulta odontológica realizada.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

➤ Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde.

➤ Cadastrar os idosos na unidade de saúde.

➤ Oferecer atendimento prioritário aos idosos na unidade de saúde.

➤ Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.

Organizar acolhimento dos idosos na unidade de saúde previa organização da agenda do Profissional. Cadastrar na unidade de saúde os idosos com necessidade de avaliação pelo dentista. Oferecer atendimento prioritário na unidade de saúde aos pacientes maiores de 60 anos. Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário dos idosos e de sua importância para a saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na unidade de saúde. Esclarecer a comunidade sobre a necessidade do cuidado da saúde bucal para evitar edentulismo e cuidados para um escovagem correto das

próteses totais e parciais, além disso, da necessidade da avaliação bucal para detectar lesões precursoras do carcinoma bucal em idosos.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

➤ Capacitar a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em idosos. Capacitar a equipe para realizar acolhimento dos idosos de acordo com protocolo. Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento dos idosos para o serviço odontológico. Capacitar os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para os pacientes maiores de 60 anos de idade da área de abrangência.

Ações referentes à meta 2.10 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Monitorar número de idosos que realizaram a primeira consulta odontológica na unidade através da revisão dos registros.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde.
- Monitorar a utilização de serviço odontológico por idosos da área de abrangência.
- Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.
- Oferecer atendimento prioritário aos idosos.

Organizar a agenda do profissional de modo a priorizar o atendimento dos idosos da área de abrangência da unidade, disponibilizar vagas para estes usuários.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de idosos e de sua importância para saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na Unidade de Saúde.
- Esclarecer a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para captação de idosos para acompanhamento odontológico.

Esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização dos tratamentos odontológicos dos idosos, para conscientizá-lo sobre a necessidade desta avaliação

e para evitar desgosto na população solicitaremos ideias dos mesmos sobre quais estratégias evitariam o atrapalhamento do serviço.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe para realizar acolhimento do idoso de acordo com protocolo.
- Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para serviço odontológico.
- Capacitar os ACS para captação de idosos.
- Capacitar os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para idosos.

Capacitar a equipe para realizar acolhimento dos idosos, realizar capacitação da equipe para realizar cadastramento e agendamento dos pacientes para o programa.

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

Ações referentes à meta 3.1 Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde.

Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas. Monitorar os idosos faltosos a consultas.

Organizar as visitas domiciliares para busca de faltosos. Organizar a agenda para acomodar os faltosos após a busca.

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.

Informar semanal mente os dados obtidos nas buscas para atualizar os dados do SIAB, manter atualizadas e revisar periodicamente as fichas espelho do Programa de Atenção à pessoa Idosa para detectar atraso em consulta, em realização dos exames, etc.

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.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para melhorar acessibilidade e atendimento e da importância da atualização dos registros para um acompanhamento adequado.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos.
- Melhorar o registro das informações.

Capacitar a equipe para esclarecer à comunidade a importância do preenchimento da caderneta da pessoa idosa, fichas espelho, prontuários pelos profissionais que prestem atendimento aos idosos.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Ações referentes à meta 4.1 Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde.

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.

- 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.

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.

Informar a pacientes e comunidade a importância do preenchimento da caderneta da pessoa idosa, fichas espelho, prontuários pelos profissionais de assistência.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Capacitar a equipe para o preenchimento de todos os dados dos registros referentes ao Programa de saúde da Pessoa Idosa.

Ações referentes à meta 4.2 Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Solicitar ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Solicitar a gestora de Saúde as cadernetas necessárias para entregar a totalidade dos idosos da área de abrangência.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Informar a pacientes, família, cuidadores e comunidade da importância de levar a caderneta sempre que seja necessário assistir aos serviços de saúde para um manejo adequado pelos profissionais.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa.

Informar sobre a importância de preencher todos os dados da caderneta de Saúde da Pessoa Idosa aos membros da equipe.

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

Ações referentes à meta 5.1 Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

➤ Monitorar o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência.

Monitorar os idosos com exames laboratoriais atualizados para avaliação do Score de Framingham e avaliação do risco cardiovascular.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

➤ Priorizar o atendimento a idosos de maior risco de morbimortalidade.

Priorizar atendimento aos idosos com classificação do risco de morbimortalidade moderado(B) e elevado (C).

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientar os idosos sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco.

Informar aos idosos a classificação de seu nível de risco após avaliação do Score de Framingham e avaliação do risco cardiovascular individual e a necessidade de consultas mais frequentes.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar os profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa.

Capacitar aos profissionais para realizar avaliação Score de Framingham e avaliação do risco cardiovascular individual dos idosos.

Ações referentes à meta 5.2. Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Monitorar números de pacientes com avaliação da fragilidade na velhice.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Priorizar o atendimento aos idosos fragilizados na velhice.

Priorizar atendimento aos idosos com classificação pré-frágeis e frágeis.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Informar a pacientes e comunidade sobre a necessidade de consultas mais frequentes aos idosos pré-frágeis e frágeis para evitar situações que provoquem dependência do paciente.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Instrumentalizar os membros da equipe para identificar o fenótipo dos idosos com fragilidade.

Ações referentes à meta 5.3. Investigar a rede social de 100% dos idosos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Monitorar número de idosos com avaliação da rede social atualizada.

Monitorar todos os idosos com rede social deficiente.

Monitorar aqueles idosos com deficiência da rede social durante as avaliações.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Organizar agenda dos profissionais da equipe e trabalhadora social do CRAS para realizar visitas domiciliares aos idosos com rede social debilitada.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Orientar a família, cuidadores e comunidade sobre aqueles idosos com rede social debilitada para oferecer atendimento priorizado na unidade.

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.

Realizar atividades com a família, cuidadores e comunidade para conscientizar sobre a necessidade dos idosos com rede social debilitada de socializar com grupos de pessoas com idade e interesses afins.

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos.

Ações referentes a meta 6.1 Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos.

Monitorar número de idosos com orientação individual ou coletiva sobre hábitos alimentares saudáveis pelo menos duas vezes no último ano.

Monitorar o número de idosos com obesidade / desnutrição.

Realizar cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) e classificação nutricional dos idosos (desnutrido, normopeso, obeso).

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Definir o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Organizar agenda dos profissionais para oferecer orientação individual ou coletivos hábitos alimentares saudáveis aos idosos.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientar os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis.

Orientar os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis para evitar situações de risco ou doenças que afetem sua qualidade de vida.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar a equipe para a promoção de Orientar os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável" ou o "Guia alimentar para a população brasileira".

Instrumentalizar a equipe para realizar orientar os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis, oferecer a guia Dez passos para alimentação saudável a comunidade.

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

Capacitar os membros da equipe para informar a população sobre orientação nutricional específica para o grupo de idosos pertencentes ao Programa HIPERDIA.

Ações referentes à meta 6.2 Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos.
Monitorar número de idosos com orientação de atividade física regular e seus benefícios para saúde e qualidade de vida pela equipe.

Monitorar o número de idosos que realizam atividade física regular.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

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

Identificar e definir quais membros da equipe podem oferecer orientações individuais ou coletiva aos idosos sobre prática de atividade física regular.

Demandar do gestor municipal parcerias institucionais para realização de atividade física.

Solicitar a gestora de saúde a coordenação com instituições que contem com profissionais capacitados para acompanhar a prática de atividade física dos idosos.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientar os idosos e a comunidade para a realização de atividade física regular.

Orientar os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da prática de atividade física para evitar situações tais como fragilidade, obesidade, dislipidemias, quedas, dependência, além disso, seu efeito no funcionamento do aparelho cardiovascular favorecendo controle ou prevenção de doenças que afetem sua qualidade de vida.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Capacitar os membros da equipe para informar a população sobre os benefícios que reporta para a saúde da pessoa idosa a realização de atividade física regular.

Ações referentes à meta 6.3 Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar as atividades educativas individuais.

Monitorar número de idosos com participação em pelo menos duas atividades educativas no último ano.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Organizar agenda dos profissionais de forma tal que depois do atendimento possa oferecer orientações individuais aos idosos.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Orientar os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios de manter uma higiene bucal adequada para evitar gengivite, edentulismo que é causa frequente de mastigação defeituosa e trazem transtornos da digestão e obesidade, informar sobre a higiene das próteses dentárias totais e parciais e uso do fio dental.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Capacitar os membros da equipe para informar a população idosa sobre a importância do autoexame da boca para detectar lesões pré-cancerosas, da necessidade da avaliação dos pacientes pelo dentista uma vez ao ano, ou antes, se for preciso e da higiene bucal em geral.

2.3.2 Indicadores

Os indicadores têm como objetivo expressar o numerador e o denominador da proporção que permitirá o monitoramento da meta.

Objetivo 1 Ampliar a cobertura do programa de saúde do idoso na UBS Aluízio Coelho dos Reis.

Meta 1.1 Ampliar a cobertura da atenção à saúde do idoso da área da Unidade Básica de Saúde Aluízio Coelho dos Reis em um 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 total de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Indicador 2 Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

Numerador: Número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia

Denominador: Número de idosos cadastrados nos programas pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

Indicador 3 Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia.

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

Denominador: Número de idosos cadastrados nos programas pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

Indicador 5 Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Numerador: Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular.

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

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

Indicador 6 Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

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

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

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

Indicador 7 Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.

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

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

Meta 2.7 Rastrear 100% dos idosos para HAS.

Indicador 8 Proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta.

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

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

Meta 2.8 Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para DM.

Indicador 9 Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para DM.

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

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

Indicador 10 Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

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

Indicador 11 Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

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

Denominador: Número total de idosos inscrito no programa e pertencentes à área de abrangência na UBS com primeira consulta odontológica programática.

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

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

Indicador 12 Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa.

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

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

Indicador 13 Proporção de idosos com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia.

Numerador: Número de fichas de acompanhamento/espelho com registro atualizado.

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

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

Indicador 14 Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

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

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

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

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

Indicador 15 Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.

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

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

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

Indicador 16 Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia.

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

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

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

Indicador 17 Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia.

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.

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

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos

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

Indicador 18 Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

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

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

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

Indicador 19 Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

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

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

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

Indicador 20 Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de idosos com orientação sobre higiene bucal.

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

2.3.3 Logística

Adotaram-se como protocolos os cadernos do MS sobre Atenção à saúde da pessoa idosa para a intervenção (BRASIL 2006a; 2006b; 2006c; 2011; 2014a). Os ACS foram capacitados para o cadastramento da população maior de 60 anos, antes de iniciar as suas atividades em campo.

A agenda de trabalho dos membros da equipe para avaliação dos idosos provenientes da busca foi organizada. O protocolo de acolhimento pelos profissionais responsáveis dessa atividade será aplicado. A equipe de saúde organizará e discutirá com o resto da equipe uma agenda de atendimento integrada ao programa de atenção a saúde da pessoa Idosa.

Os momentos de sala de espera ou qualquer outro contato com a comunidade será utilizado para divulgar o direito de atendimento prioritário dos idosos. Será discutido com os idosos, família, cuidadores e comunidade a importância da avaliação multidimensional rápida, fragilidade na velhice e rede social, assim como higiene bucal para evitar edentulismo e a importância de realizar o autoexame bucal.

A equipe de saúde mensalmente monitorará a realização da primeira consulta de avaliação e de saúde bucal dos idosos, a partir dos dados registrados na unidade. Na agenda de atendimento da médica e dentista serão disponibilizadas vagas para atendimento de urgências.

Durante os momentos de atendimento coletivo e das salas de espera, os responsáveis das atividades naquele dia, informarão à população sobre a prioridade dos idosos pré-frágeis, frágeis, com rede social debilitada de receber atendimento. Nos prontuários e fichas espelho a data do atendimento será registrada. Os principais responsáveis para isso serão médica, enfermeira, dentista e técnica de saúde bucal.

Os profissionais de saúde na folha de registro diário de consulta sinalizarão as pessoas que completaram os 60 anos e aqueles que não tinham acompanhamento na unidade. A médica monitorará mensalmente as consultas dos idosos. Durante os momentos de atendimento coletivo, os responsáveis das atividades, informarão à população sobre a importância do acompanhamento regular dos idosos.

Os técnicos de enfermagem realizarão os cadastros dos idosos que por primeira vez visitarem a unidade e a recepcionista agendará a consulta dos mesmos. A médica monitorará mensalmente os idosos faltosos as consultas programadas.

Através do Conselho de Saúde e Grupo de Apoio Comunitário se localizarão os idosos faltosos para programar as visitas e translados a unidade. Uma vez por mês será realizada análise com os membros da equipe sobre o desenvolvimento do programa.

Os idosos com déficit de peso ou obesos serão identificados para ser monitorados pela equipe. Capacitações serão realizadas com técnicos de enfermagem, ACS e enfermeiras sobre a avaliação do peso, estatura, circunferência abdominal, perímetro braquial, PA, hemoglicoteste.

Oferecer orientações individuais e coletivas sobre prática de exercícios físicos, alimentação saudável, prevenção de quedas, saúde bucal, etc. Os responsáveis (médica, enfermeiras, técnicas de enfermagens, recepcionista) reproduzirão os protocolos em forma de cartazes e colocarão em local estratégico e visível. As técnicas de enfermagem deverão preservar o bom estado dos equipamentos e solicitar a sua manutenção periódica.

No momento da abordagem coletiva será aplicado aos familiares, cuidadores e comunidade sobre a promoção de saúde da pessoa idosa. A médica com o apoio de técnicos de enfermagem desenvolverá ao longo do projeto exposições dialogadas sobre a saúde da pessoa idosa.

O preenchimento da Caderneta da Pessoa Idosa será demonstrado pela médica responsável do projeto à equipe. A técnica de enfermagem fará um levantamento dos idosos com vacinação atrasada. A farmacêutica solicitará com antecedência os medicamentos dos idosos usuários do Programa de acompanhamento de pessoas com HAS e/ou DM.

O momento da atividade coletiva será aproveitado para discutir sobre a importância do cumprimento do tratamento dos idosos, evitando a automedicação e a polifármacia. Cada profissional registrará em prontuários as orientações sobre prevenção de acidentes na velhice.

Os ACS também preencherão a caderneta da pessoa idosa. O momento da atividade coletiva será também utilizado para informar aos idosos, familiares, cuidadores e comunidade da importância de manter os registros de saúde, a exemplo da caderneta do idoso.

A equipe estará capacitada para o preenchimento de todos os registros necessários no acompanhamento dos idosos. Os registros de idosos acamados ou com dificuldade de locomoção, pré-frágeis, frágeis, com risco individual moderado e alto, será avaliado mensalmente pela médica.

Na comunidade por meio das diferentes formas possíveis de mídia será divulgado sobre os fatores de risco presentes no município. Em reunião de equipe será definido o papel que cada membro terá na promoção de saúde da pessoa idosa. Nos momentos de sala de espera e outras atividades coletivas será incentivado estilos de vida saudável. Oficinas sobre alimentação saudável será disponibilizada para a comunidade.

Instrumentalizar a equipe para orientar os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável", Brasil (2013b) ou o "Guia alimentar para a população brasileira", Brasil (2014b), tendo como responsáveis a médica, nutricionista e enfermeiras. Também é necessário garantir a entrega rápida dos exames complementares pelo laboratório (será indicado perfil lipídico, glicemia de jejum, hemoglobina glicada, nos casos de idosos com DM, urina, ureia, creatina, eletrocardiograma e outras, segundo doenças associadas).

Serão garantidas vagas aos idosos que tenham necessidade de serem avaliados por outras especialidades. Para coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, o médico e o enfermeiro elaborarão uma ficha complementar (APÊNDICE A), contando com apoio do gestor municipal.

A equipe da Unidade de Saúde será capacitada pela médica para o acolhimento dos idosos com HAS e DM, na verificação da pressão arterial de forma criteriosa, para realização do hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmHg ou para aqueles com diagnóstico de HAS.

3 Relatório da Intervenção

O ponto de partida deste relatório será a situação inicial da ação programática as Saúde da Pessoa Idosa e será desenvolvido seguindo a mesma ordem dos indicadores de avaliação, porém para avaliar os avanços terá como referência os valores acumulados durante o total do período da intervenção (12 semanas). Como pode ser notado, o planejamento no projeto de intervenção foi desenvolvido para 16 semanas, sendo que houve, em meio à intervenção, uma redução do tempo por necessidades de ajustes no calendário da Especialização.

Dando continuidade ao relatório, neste será apresentado a análise do cumprimento dos objetivos e metas propostos, considerando as dificuldades e facilidades apresentadas no processo. Mas também serão descritas as ações previstas no projeto, diferenciando as desenvolvidas, das não desenvolvidas, as dificuldades apresentadas na coleta de dados, sem deixar de analisar a viabilidade de introduzir na rotina da unidade as ações novas.

Antes do início da intervenção, sugerimos e discutimos com a equipe de saúde da família 1 da UBS Aluízio Coelho dos Reis do município Patos de Piauí a proposta de cuidado à saúde dos idosos da área de abrangência da Unidade. A equipe no intuito de melhorar a qualidade dos serviços de saúde, visou promover mudanças nos comportamentos e estilos de vida dos idosos. Porém antes da intervenção não havia registro adequado das atividades realizadas, o que dificultou o monitoramento das ações desenvolvidas e a descrição de como estava a cobertura antes da intervenção.

Segundo as informações registradas na análise situacional da UBS os idosos eram um dos grupos mais vulneráveis da comunidade. Com a proposta de intervenção foram formulados seis objetivos que visou: ampliar a cobertura de atendimento, melhorar a adesão ao programa, melhorar a qualidade do atendimento, mapear os idosos da área e promover saúde dos idosos e melhorar os registros da informação. Também foram estimadas metas baseadas na capacidade e potencial da equipe de saúde.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

As ações da intervenção foram desenvolvidas segundo o Cronograma do Projeto, todavia se ressalva que em função de afastamento prolongado de alguns especializandos durante as férias, o que determinou a necessidade do encurtamento da intervenção de 16 para 12 semanas, para que fosse possível ajustar a situação ao calendário estabelecido com a Universidade. Portanto, o planejamento contido no item análise estratégica, foi elaborado pensando nas 16 semanas de intervenção, bem como atingir uma maior cobertura nesse período.

Na primeira semana realizamos três capacitações com nossa equipe de saúde, os temas desenvolvidos fizeram referência ao acolhimento da pessoa idosa, a segunda capacitação foi feita dia 6 de janeiro e foi discutido o tema de Atribuições dos Profissionais e nesta atividade ficaram esclarecidas novamente quais ações desse foco, e o que cada um dos membros da equipe realizaria. A terceira capacitação foi sobre exame físico do idoso, nela explicamos a importância do exame dos pés e pulsos, assim como a avaliação da cavidade bucal dos idosos para excluir lesões como eritroplasia, leucoplasia, gengivites, etc., pois existe o falso conceito não só nos idosos e familiares, mas também no pessoal de saúde de que as pessoas com edentulismo total não precisam de atendimento odontológico, nesta atividade ficou esclarecida porque é importante a avaliação da saúde bucal dos idosos para descartar doenças como o carcinoma bucal.

Em encontro com a comunidade conseguimos a criação do Grupo de Apoio Comunitário contando com a participação de nove pessoas com a finalidade de realizar a busca ativa dos idosos faltosos. Esse grupo envolveu membros da comunidade sem emprego que foram ativadas pelo telefone, quando tínhamos idosos faltosos, informando endereço e nome do idoso, eles procuraram estes

usuários e trasladavam os mesmos até a nossa UBS, de maneira que conseguimos recuperar as consultas no mesmo dia da programação feita pelo ACS.

A enfermeira realizou a revisão do registro do programa de atenção aos usuários com HAS e/ou DM e dos prontuários com atenção aos idosos para fazer avaliação inicial dos usuários maiores de 60 anos com atraso em consulta, avaliação bucal, vacinas, exames laboratoriais, com orientações sobre saúde bucal, alimentação saudável, prevenção de quedas e prática de exercícios físicos regulares. Todas estas informações foram anotadas num caderno que contém registros de todas as ações da intervenção.

Elaboramos uma programação com os ACS para cadastrar 10 idosos e agendar consultas para avaliação clínica na UBS. Tínhamos dois ACS que estavam de férias ao início da intervenção e fizemos cadastramento nas tardes e noites para evitar atrasos nas atividades.

Os idosos, acamados e com dificuldades de locomoção, cadastrados receberam visitas nas casas e as ações foram realizadas neste espaço, as visitas foram feitas pela médica, enfermeiras, ACS, técnico de enfermagem. Foi feita uma programação para que estes idosos fossem avaliados em suas casas pela nutricionista, psicóloga, dentista e assistente social. Essa programação foi executada por todos os profissionais ao mesmo tempo, consideramos que desta forma causou maior impacto na saúde da população.

As enfermeiras e técnicas de enfermagem durante o acolhimento realizaram avaliação do peso, estatura, perímetro braquial, cintura abdominal, PA e glicoteste dos idosos. Uma questão bastante positiva atualmente é de que essas ações estão sendo realizadas não só nos idosos, mas também ampliaram a todos os usuários maiores de 18 anos que acolhem na UBS.

Nas consultas realizamos exames dos pés e pulsos, avaliação bucal, cálculo do IMC com avaliação nutricional (baixo peso, normopeso e obeso). Aplicamos escala de avaliação multidimensional rápida e outros instrumentos avaliativos derivados deste instrumento (escala de depressão geriátrica e escala de Lawton). Os idosos e familiares ficaram interessados pela medição do perímetro braquial, avaliação da cognição/memória, avaliação da função dos membros e teste do sussurro, fizeram perguntas relacionadas com esses exames e ficaram motivados por assistir as atividades de grupo.

Foram indicados exames laboratoriais a aqueles idosos com atraso. Todos os dados das Cadernetas foram preenchidos, durante a avaliação dos idosos e fizemos entrega para aqueles que não tinham este documento.

Ofereceram-se informações sobre saúde bucal, alimentação saudável, prevenção de quedas e prática de exercícios físicos regularmente aos idosos que vieram a nossa UBS, com agendamento de consultas provenientes das visitas domiciliares dos ACS. As fichas-espelhos dos idosos avaliados têm um arquivo específico, destinado ao programa, para ter controle no seguimento e garantir continuidade do trabalho.

Em reunião com a Secretária de Saúde informamos o início da intervenção e foi garantida a impressão dos instrumentos avaliativos e fichas espelhos e ficha complementares dias antes deste início. Semanalmente informamos os dados da pesquisa à secretaria para retroalimentar o SIAB. Informamos a Prefeitura sobre a intervenção e tivemos garantido transporte para trabalhar as visitas aos idosos com dificuldade de locomoção ou acamados.

As ações desenvolvidas foram divulgadas por facebook por todos os membros da equipe para que nossa população tivesse conhecimento de nossas atividades, as fotos curtidas foram compartilhadas por muitas pessoas da cidade e com comentários positivos, o que entusiasmou a equipe a trabalhar mais e melhor. O jornalista de Cidadenanet de Patos do Piauí, Danilo Bezerra realizou duas reportagens durante as atividades de grupo com idosos para informar sobre nossa intervenção no jornal da cidade (ANEXO E).

As ações da intervenção foram desenvolvidas segundo o cronograma, foram realizadas três atividades de grupo (Prevenção de quedas, Alimentação saudável da pessoa idosa e saúde bucal), além disso, outros profissionais da equipe ofereceram palestras em temas, tais como: obesidade na velhice.

Podemos afirmar que a disponibilidade da equipe para apoiar o desenvolvimento do projeto foi o principal fator facilitador do processo de intervenção, o que ficou demonstrado no compromisso da maioria dos membros da equipe, na vontade de trabalhar horas extras, quando foi preciso e no apoio recebido diante da resistência da enfermeira supervisora durante as avaliações dos idosos pela demora no atendimento. Além disso, favoreceu o desenvolvimento das ações, as mudanças no processo de trabalho que já vinham acontecendo na unidade, como

é o caso do acolhimento, o compartilhamento das agendas entre os profissionais das diferentes categorias e a educação permanente.

A estrutura física da unidade foi, também, um elemento favorecedor para a realização da intervenção, pois dispõe de uma sala de reuniões espaçosa, em ocasiões, devido à elevada participação dos idosos nas atividades de grupo a equipe no intuito do sucesso adaptaram os corredores da unidade para a realização das atividades, o que demonstra o nível de comprometimento dos profissionais com o projeto.

O cumprimento das atribuições por cada profissional da equipe permitiu monitorar o número de idosos cadastrados no programa; registrar na ficha espelho os dados referentes ao acompanhamento dos usuários; cadastrar a população maior de 60 anos da área de influência da equipe, que espontaneamente entraram em contato com a unidade de saúde. Permitiu também a avaliação integral dos idosos (avaliação multidimensional rápida, fragilidade na velhice, rede social, etc.).

Com a implantação do acolhimento foi possível assumir como política da unidade a priorização do atendimento dos idosos; capacitar a equipe nas Políticas de Humanização e para adoção dos protocolos referentes à saúde da pessoa idosa preconizados pelo MS. A educação permanente como rotina das equipes permitiu capacitar as equipes sobre a saúde dos idosos e sobre as informações que devem ser fornecidas aos usuários, famílias, cuidadores e à comunidade em geral sobre o Programa; capacitar os profissionais para orientação nutricional adequada, capacitar os ACS para o cadastramento e atualização do cadastro da população de 60 anos ou mais de idade; capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento destes usuários para o serviço odontológico, capacitar os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática dos idosos da área de abrangência.

Graças ao compromisso da equipe e da excelente estrutura da unidade como foi descrito, por intermédio do acolhimento e avaliações integrais dos usuários a Equipe de Saúde conseguiu classificar os idosos segundo seu risco cardiovascular individual (baixo, moderado e elevado: A_B_C) e estabelecer um plano de ações integral para reverter os fatores de risco presentes nesses usuários, além disso, identificaram-se idosos pré-frágeis e frágeis da comunidade e com rede social debilitada, o que permitiu tomar medidas para modificar estas situações (APÊNDICE B).

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Com problemas na gráfica do estado do Piauí no mês de outubro de 2014 não conseguimos fazer a entrega da Caderneta aos 100% dos idosos avaliados, apesar das negociações feitas pela gestora de saúde com outros municípios vizinhos para receber um empréstimo desse documento.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Não apresentamos dificuldades na coleta de dados e sistematização das informações.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Observando o processo de trabalho desenvolvido na equipe durante o tempo da intervenção, percebe-se a capacidade da mesma na incorporação das ações previstas realizadas na rotina do serviço, de fato atualmente as ações relacionadas com a intervenção fazem parte da rotina do serviço, algumas foram ampliadas, como, por exemplo, as avaliações durante o acolhimento (peso, estatura, circunferência abdominal e braquial, PA, hemoglicoteste, etc.) foram estendidas a todas as pessoas maiores de 18 anos, refletindo resultados nos prontuários, o que facilita a qualidade dos registros (também são preenchidos dados tais como vacinas, IMC e data da consulta odontológica).

Identificamos um incremento significativo das atividades de grupo que são planejadas e preparadas com tempo, visando a melhorar sua qualidade e são oferecidas por todos os membros da equipe.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Nossa intervenção foi desenvolvida na UBS Aluízio Coelho dos Reis, no município de Patos do Piauí, na ação programática Atenção à Saúde da Pessoa Idosa. Nosso objetivo foi de melhorar a saúde da população maior de 60 anos de nossa área de abrangência. Apenas uma ressalva, que houve em meio ao acontecimento da intervenção uma mudança de ajuste do calendário da especialização, e com isso, das 16 semanas previstas, a intervenção foi reduzida para 12 semanas.

O município de Patos do Piauí tem uma população na área de abrangência de 6.107 pessoas e conta com três equipes de saúde: A equipe 1 assiste 2.070 pessoas; a equipe 2 assiste 2.109 pessoas e a equipe 3 atende 1.928 pessoas. Essas duas equipes assistem a população do povoado Cajueiro (que conta com outra UBS) e a população restante é da área rural. Atualmente trabalho na equipe 1, que tem estimado 208 idosos (10%) na área de abrangência.

Objetivo 1 Ampliar a cobertura do programa de saúde do idoso na UBS Aluízio Coelho dos Reis.

Meta 1.1 Ampliar a cobertura da atenção á saúde do idoso da área da Unidade Básica de Saúde Aluízio Coelho dos Reis em um 80%.

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

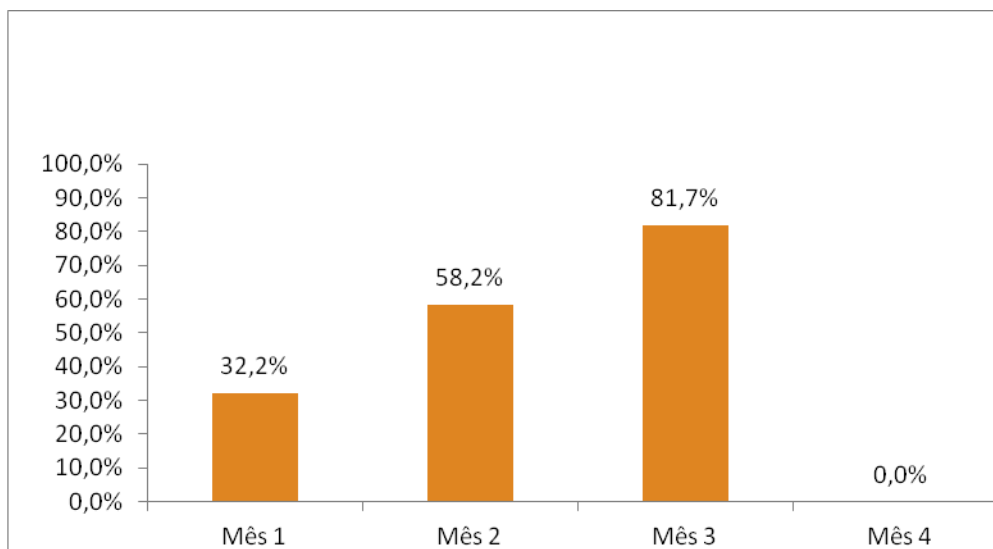


Figura 1 - Proporção de idosos cadastrados na USF Aluísio Coelho dos Reis. Patos do Piauí/PI, 2015.

Conseguimos cadastrar no primeiro mês 67 idosos (32,2%), no segundo mês 121 idosos (58,2%) e no terceiro mês 170 idosos (81,7%).

Durante nossa intervenção conseguimos avaliar esse número de idosos devido ao apoio recebido pela gestora de saúde que garantiu os instrumentos de avaliação da intervenção, esforçou-se para aprimorar o tempo da entrega dos exames laboratoriais pelo laboratório, combinou com outros municípios para garantir as cadernetas de saúde da pessoa idosa, depois que ficaram esgotadas na UBS e que houve problemas na gráfica do Estado, garantiu transporte para o traslado dos idosos faltosos e para visita aos acamados, entregou as lembranças oferecidas a nossa população nas atividades de grupo e garantiu as vagas dos usuários encaminhados a outras especialidades médicas.

Também foi muito importante o trabalho em equipe desenvolvido por todos os profissionais, os ACS realizaram novo cadastro casa por casa, informando a população dos benefícios da participação na intervenção e agendando as consultas de avaliação, as enfermeiras e técnicas de enfermagem realizaram um trabalho ótimo na avaliação dos idosos, durante o acolhimento, o dentista e auxiliares de saúde bucal realizaram mutirão para conseguir avaliar os idosos e participaram ativamente nas atividades de grupo, o Conselho de Saúde divulgou as ações do foco de intervenção na população e participaram das avaliações e visitas domiciliares aos acamados ou idosos com dificuldades de locomoção, além disso, as atividades foram divulgadas pelo facebook e pelo jornal da cidade, nossa

comunidade, familiares e cuidadores foram envolvidos nas ações desde o início da intervenção.

Projeta-se que ao final de 16 semanas, a proposta da intervenção atingiria 100% de cobertura da população idosa.

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

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

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

Conseguimos realizar a avaliação multidimensional rápida para 100% da população nos três meses da intervenção (mês 1 67, mês 2 121, mês 3 170 idosos). A mesma foi realizada ao início da avaliação de cada um dos idosos e sua realização foi um dos fatores que provocou a aceitação da população da intervenção, pois um exame físico integral é sempre motivo de satisfação de usuários e familiares, de sua realização derivaram encaminhamentos a outras especialidades médicas, permitindo uma avaliação integral da população alvo.

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

Indicador 2.2. Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia.

Conseguimos proporcionar a 100% da população de idosos um exame clínico apropriado em dia nos três meses da intervenção (mês 1 67, mês 2 121, mês 3 170 idosos). Foi informada aos idosos e familiares a importância e periodicidade das consultas realizadas pelo médico e enfermeira (um por cada profissional no ano), o exame clínico realizado a nossa população alvo inclui avaliação de mucosas, presença de edemas, de aparelho respiratório, frequência respiratória, de aparelho cardiovascular, frequência cardíaca, pulso tibial posterior e pedioso, medição da PA, abdômen, circunferência abdominal, de sistema nervoso central, exame físico dos pés e pele. Durante a intervenção foram detectados dois idosos diabéticos de larga

data, com neuropatia periférica. Além disso, durante o exame físico foram avaliados peso, estatura, IMC e perímetro braquial.

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

Indicador 2.3. Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia

Foram indicados exames a 100% dos idosos durante os três meses da intervenção (mês 1 67, mês 2 121, mês 3 170 idosos), informando a periodicidade dos mesmos e sua importância para realizar estratificação do risco cardiovascular individual. Os exames solicitados foram: hemograma completo, potássio, ureia, creatinina sérica, colesterol total, *High-Density Lipoprotein* (HDL), *Low-Density Lipoprotein* (LDL), triglicerídeos, glicemia de jejum, hemoglobina glicosilada (em pacientes diabéticos), sumário de urina, microalbuminúria, proteinúria de 24 horas e eletrocardiograma.

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

Indicador 2.4. Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

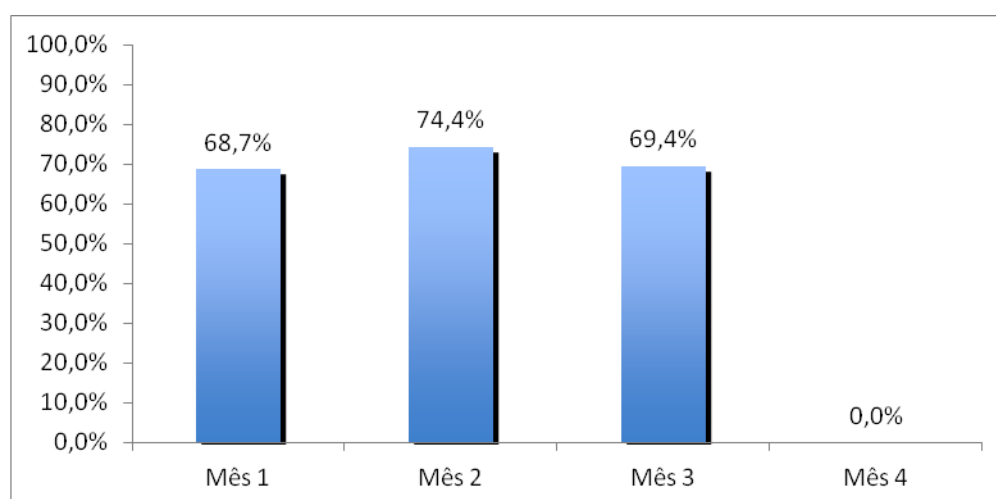


Figura 2 - Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada na USF Aluísio Coelho dos Reis. Patos do Piauí/PI, 2015.

A proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada no primeiro mês foi de 46 idosos (68,7%), no segundo mês 90 idosos (74,4%) e no mês 3 a proporção de idosos foi 118 (69,4%).

Da população avaliada, 118 idosos tiveram os medicamentos prescritos da Farmácia Popular da UBS. Os 52 idosos restantes não recebem os medicamentos porque tem seguimento em Clínicas Privadas (46 idosos) e seis idosos realizam tratamento com medicamentos que não são comprados pela Secretaria de Saúde. Os dados dos idosos e nomes de medicamentos com suas doses foram informados ao responsável da Farmácia e gestora de Saúde para garantir a entrega dos mesmos aos idosos e informamos aos usuários e familiares que eles poderão adquirir os medicamentos de forma gratuita na UBS, a partir da compra dos mesmos pela Secretaria de Saúde.

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

Indicador 2.5. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

Ao fim da intervenção, foi cadastrado um total de 25 idosos com problemas de locomoção ou acamados (12% dos idosos). Nos três meses da intervenção 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção foram cadastrados, sendo 11 idosos no primeiro mês, no segundo mês 16 idosos. Inicialmente a equipe tinha certeza que o número de idosos era superior a 8% (17 idosos) o que evidencia que não foram feitas ações de detecção e prevenção precoce de situações de risco, para evitar a fragilidade e dependência dos idosos. Foi indicada a realização de exercícios físicos passivos assistidos naqueles idosos que poderiam realizar os mesmos, orientando a familiares e cuidadores como devem ser feitos os mesmos.

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

Indicador 2.6. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.

100% dos idosos foram visitados pela equipe em suas casas (pela médica, enfermeiras, técnicos de enfermagem, ACS, nutricionista, dentista, fisioterapeuta e

assistente social do CRAS). Estes idosos também foram visitados pelas técnicas de laboratório para coleta de amostra do sangue para a realização dos exames.

Meta 2.7 Rastrear 100% dos idosos para HAS.

Indicador 2.7. Proporção de idosos com verificação da PA na última consulta.

Durante a avaliação, 100% dos usuários tiveram medidas de PA pelas enfermeiras, técnicas de enfermagens e médica, tanto durante o acolhimento, como nas consultas.

Meta 2.8 Rastrear 100% dos idosos com PA sustentada maior que 135/80mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para DM.

Indicador 2.8. Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes

Foram rastreados 116 idosos hipertensos para DM: 82 casos sem cadastro ou seguimento pela equipe de saúde, deles 63 tinham seguimento em clínicas privadas e 19 foram casos novos que foram diagnosticados durante as atividades da intervenção.

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

Indicador 2.9. Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

Os 69, 121 e 170 idosos atingidos nos três respectivos meses de intervenção receberam avaliação da saúde bucal (100%), informando aos idosos, familiares e cuidadores que esta avaliação deve ser feita anualmente, ou antes, se for preciso, além disso, foi orientada a importância da mesma em idosos com edentulismo para a detecção precoce de lesões pré-cancerosas, gengivite, xerostomia, etc. Foi orientado o autoexame da cavidade oral pelo idoso e em aqueles que precisarem ser assistidos pelo familiar ou cuidador na busca de lesões como eritroplasia, leucoplasia, etc.

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

Indicador 2.10. Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

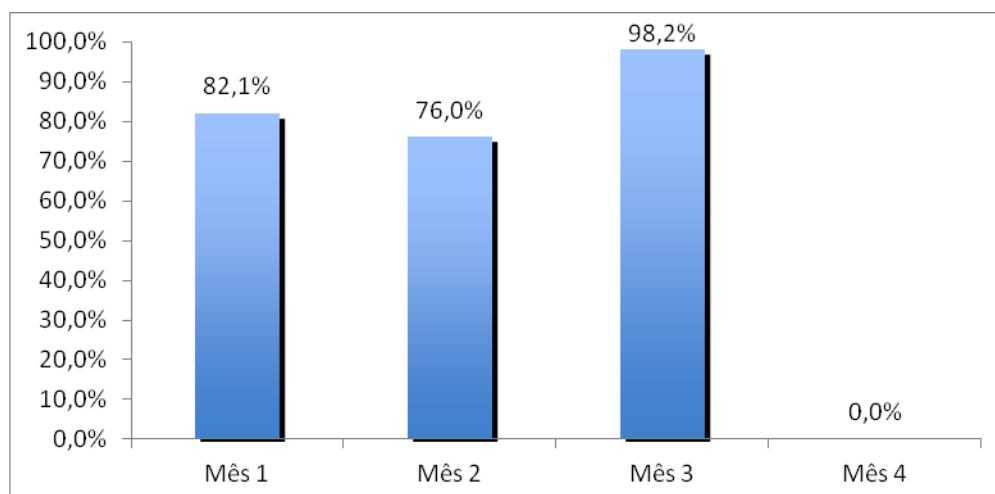


Figura 3 - Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática na USF Aluísio Coelho dos Reis. Patos do Piauí/PI, 2015.

A proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática no primeiro mês foi de 55 idosos (82,1%), no segundo mês foram avaliados 92 idosos (76%) e no terceiro mês 167 idosos (98,2%). Os três idosos que ao fim do terceiro mês da intervenção que estava sem avaliação são acamados e receberam avaliação pelo dentista em suas casas. Ao início da intervenção a equipe não tinha dentista por problemas de saúde do profissional e os idosos foram avaliados pelos dentistas das outras equipes. Ao final da intervenção foi contratado um novo dentista e foi realizado um mutirão com os três profissionais para conseguir avaliar os idosos pendentes.

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

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

Indicador 3.1. Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa.

Durante o primeiro mês da intervenção a proporção de usuários faltosos que receberam busca ativa foi de nove idosos, no segundo e terceiro mês os 13 idosos faltosos foram buscados (100% de busca dos faltosos). Para atingir esta meta nossa equipe teve o apoio do Grupo Comunitário, que foi criado ao início da intervenção com pessoas que não tinham emprego de nossa comunidade, os quais foram ativados pelo telefone pela ACS ou outro profissional da equipe para informar nome do idoso faltoso e endereço, essas pessoas realizavam visita ao idoso e a Prefeitura

tinha garantido transporte para o traslado do idoso à nossa UBS, o que facilitou a avaliação dos idosos faltosos no mesmo dia da consulta agendada pelos ACS.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

Indicador 4.1. Proporção de idosos com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia.

Todas as fichas espelhos foram preenchidas durante o atendimento e atualmente temos um arquivo específico para as mesmas, o que vai permitir avaliar o funcionamento e qualidade do Programa e manter controle e atualização do mesmo no futuro.

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

Indicador 4.2. Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa:

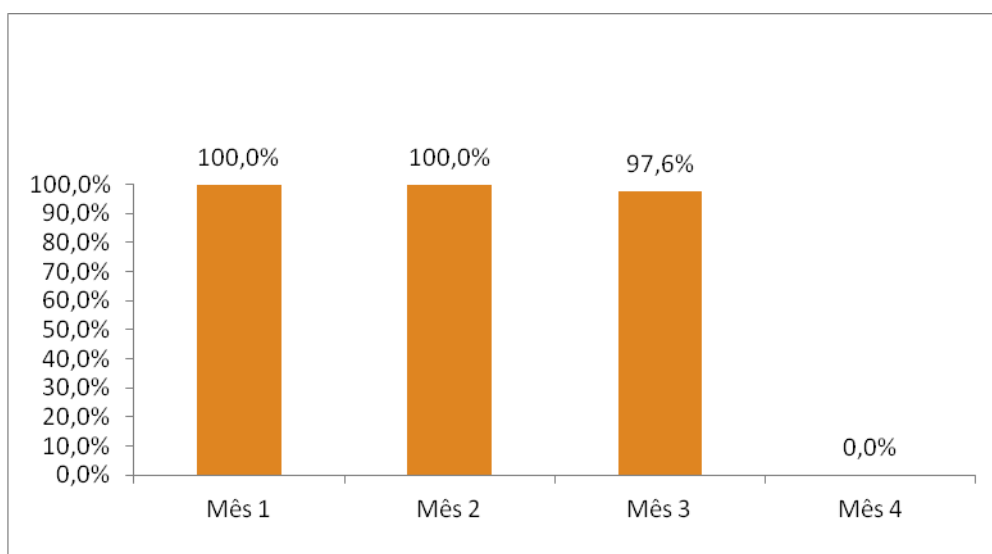


Figura 4 - Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da pessoa Idosa na USF Aluísio Coelho dos Reis. Patos do Piauí/PI, 2015.

A proporção de idosos com Caderneta de Saúde da pessoa Idosa no primeiro mês foi de 67 idosos (100%), no segundo mês 121 idosos (100%) e no terceiro mês 166 idosos (97,6%).

Não conseguimos fazer a entrega da Caderneta a 100% dos idosos avaliados porque a gráfica de Teresina está quebrada desde outubro de 2014 e durante a

intervenção ficaram esgotadas as reservas do município, a gestora solicitou ao município vizinho um empréstimo de 23 cadernetas para conseguir a entrega deste documento a 166 pacientes, os idosos que ainda não possuem a caderneta estão devidamente identificados para sua entrega, quando o município tenha disponibilidade do documento. Os dados das Cadernetas foram preenchidos em sua totalidade e idosos e familiares receberam orientações sobre a importância de que as mesmas sejam preenchidas nos outros níveis de assistência em saúde para ter um controle adequado do seguimento e acompanhamento do idoso.

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

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

Indicador 5.1. Proporção de idosos com avaliação do risco de morbimortalidade em dia.

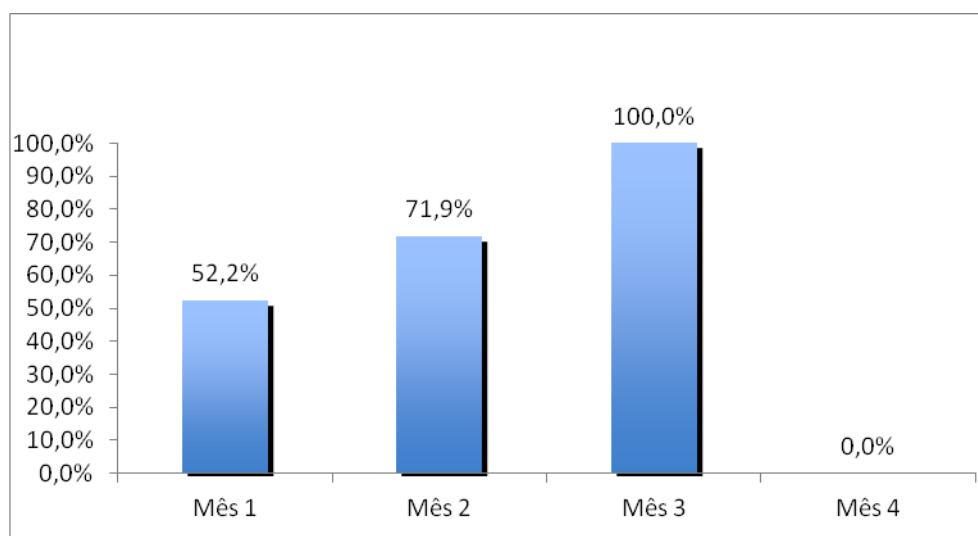


Figura 5 - Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia na USF Aluísio Coelho dos Reis. Patos do Piauí/PI, 2015.

No primeiro mês da intervenção conseguimos avaliação de risco para morbimortalidade de 35 idosos (52,2%), no segundo mês foram avaliados 87 idosos (71,9%), no terceiro mês conseguimos a avaliação dos usuários atingidos durante a intervenção 170 idosos (100%).

O risco para morbimortalidade foi classificado em A-B-C segundo avaliação: Risco A (risco cardiovascular global baixo, sem fatores de risco, risco de Framingham menor de 10%, sem lesão dos órgãos alvos), Risco B (risco cardiovascular

moderado, presença de fatores de risco, risco de Framimhang maior ou igual 10/20% e sem lesão de órgãos alvos) e Risco C (risco cardiovascular alto, lesão de órgãos alvos, risco de Framingham maior 20% e doença cardiovascular clinicamente detectável). Para os idosos, com avaliação de classificação como mediano e alto risco (B-C) foi elaborado um plano de ação com avaliação integral que visa a eliminar fatores de riscos modificáveis (obesidade, sedentarismo, tabagismo, hipercolesterolêmia, etc.). Foram classificados 36 idosos risco A, 123 idosos classificados risco B e 11 idosos risco C.

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

Indicador 5.2. Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia.

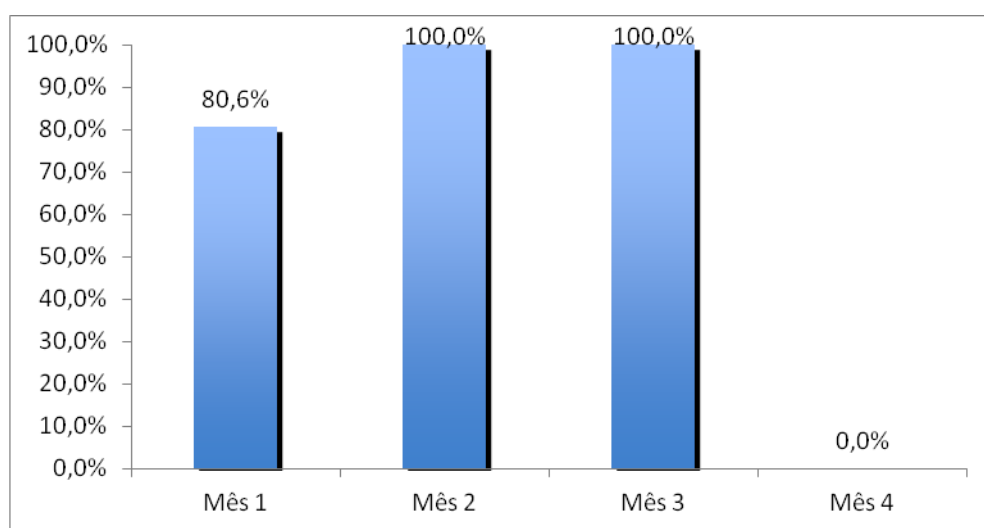


Figura 6 - Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia em dia na USF Aluísio Coelho dos Reis. Patos do Piauí/PI, 2015.

A fragilização na velhice foi avaliada no primeiro mês em 54 idosos (80,6%), no segundo mês foram avaliados 121 idosos (100%) e no terceiro mês os 170 idosos (100%) foram avaliados.

As mudanças e fenótipo relacionados à fragilidade na velhice (sarcopenia ou osteoporose, perda de peso não intencional de 4,5 kg ou mais, fadiga autoreferida, diminuição da força muscular de pressão na mão dominante, baixo nível de atividade física, diminuição da velocidade da marcha) foram avaliadas e idosos e

familiares informados sobre as consequências da fragilidade e ações para sua prevenção (quedas, incapacitação, hospitalização, dependência, doenças agudas qualidade de vida afetada, morte). Foram classificados 57 idosos frágeis, e esta fragilidade foi acompanhada pela equipe.

Meta 5.3 Investigar a rede social de 100% dos idosos.

Indicador 5.3. Proporção de idosos com avaliação da rede social em dia.

A rede social foi avaliada no mês 1 67, mês 2 121 e 170 idosos nos três meses da intervenção (100%), sendo a família a principal fonte de apoio dos idosos, além disso, os idosos recebem suporte do CRAS e foram investigados e solucionados três casos de maus tratos.

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos.

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

Indicador 6.1. Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Os idosos receberam orientação individual e coletiva sobre a importância de ter uma alimentação balanceada e saudável para garantir uma melhor qualidade de vida. Foram realizadas três atividades de grupo sobre este tema (médica realizou dois e nutricionista um).

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

Indicador 6.2. Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

100% dos idosos receberam orientação individual e coletiva sobre a importância da prática regular de exercícios físicos para evitar fragilidade na velhice, manter independência, melhora atividade cardíaca, evitar osteoporose e quedas, etc.

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

Indicador 6.3. Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal.

100% dos idosos receberam orientação individual e coletiva sobre a importância da higiene bucal para evitar doenças odontológicas, foram oferecidas duas atividades de grupo sobre este tema (médica e dentista foram os responsáveis por cada uma delas).

Além disso, foi realizada uma atividade de grupo sobre prevenção de quedas. Atualmente continuamos avaliando idosos e as ações de avaliação durante o acolhimento e exame físico, foi estendida a todos os usuários maiores de 18 anos, o que é uma garantia das mesmas serão mantidas como rotina de trabalho da UBS.

4.2 Discussão

Atualmente, podemos medir a proporção de idosos em relação ao total de idosos estimados na área de abrangência da UBS e ofertar cuidado singular de saúde, conforme a estratificação do risco individual e do tratamento da doença, estes últimos aspectos tem um significado importante para a equipe, para a comunidade e para a gestão, em geral. Para a população este resultado significa, também, facilidade do acesso aos serviços, acolhimento e escuta qualificada, sendo atendidas suas necessidades de saúde. Dentre as diretrizes da Política de Humanização do SUS o acolhimento é acolher e reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede sócio-afetiva (BRASIL, 2013c).

Antes do início da intervenção o atendimento à população idosa representava, para as equipes, um conjunto de práticas em que a prevenção e promoção da saúde eram supridas pelo tratamento das doenças, era praticamente assistencial e

curativa, de maneira que para os idosos receber um atendimento oportuno, tenham que adoecer e assim receber consultas de demanda espontânea, atualmente o seguimento inclui idosos sem doenças associadas e o atendimento do idoso doente não tem dia específico, pois o idoso com uma situação aguda deve ter acesso permanente e sem uma programação específica que dificulte o acesso do idoso ao serviço.

Nesse sentido, pode-se afirmar que avançamos muito, pois nossa equipe está oferecendo promoção de saúde, evitando assim o aparecimento da fragilidade e dependência nesta população. Nossa equipe está qualificada para oferecer um atendimento digno, humanizado, integral e de qualidade a população maior de 60 anos, tem domínio de técnica para avaliação dos pés e pulsos, perímetro braquial, etc. Durante a instrumentalização ficaram bem definidas as atribuições de cada profissional, segundo o preconizado pelo MS. A intervenção promoveu e intensificou o trabalho integrado de todos os membros da equipe e sensibilizou aos profissionais da necessidade de se envolver nas atividades do serviço.

Outro resultado de grande significado para usuários, familiares e comunidade foi o cuidado da saúde bucal dos idosos, por meio do agendamento de consultas para a população alvo, pois existe uma proporção importante de idosos com edentulismo que acreditam que não precisam de avaliação pelo dentista porque não tem dentes, as orientações sobre a frequência de carcinoma bucal na velhice, autoexame da boca, a capacitação para identificar lesões pré-malignas foi de muito significado para idosos e familiares.

O registro de dados de cobertura da população alvo é significativo para as equipes de saúde e para a gestão. Atualmente podemos monitorar as atividades de acompanhamento dos idosos da área. Conhecemos a proporção de idosos com fragilidade, dependência, com estratificação do risco cardiovascular individual e sua classificação permitindo a priorização do atendimento dos mesmos, proporção de idosos acamados ou com dificuldade de locomoção e idosos que precisam de acompanhamento por apresentar uma rede de apoio social debilitada, além disso, a equipe pode monitorar a adesão ao tratamento preventivo e medicamentoso indicado àqueles idosos com situações de obesidade, sedentarismo, dislipidemias, etc.

Com os registros destes dados, as equipes conseguem ter um conhecimento mais preciso do estado de saúde da população, que habita na área de abrangência

da Unidade de Saúde. A educação em saúde recebida pelos idosos, famílias e cuidadores sobre saúde bucal, prática regular de exercícios físicos e alimentação saudável constitui uns dos benefícios de maior importância na perspectiva da promoção da saúde, pois a mudança de estilos de vida é garantia de qualidade de vida.

Os benefícios obtidos com a intervenção permitiram avanços na promoção da saúde e monitoramento das atividades da equipe de saúde. Um dos ganhos durante o processo da intervenção foi a incorporação do Programa de saúde da Pessoa Idosa na Unidade. O conjunto de atividades realizadas para o cuidado dos idosos ficou, totalmente, inserido na rotina da equipe e foi estendida a outros usuários da unidade. Hoje podemos perceber a equipe envolvida na realização de atividades de grupo, os idosos assistem regularmente ao serviço porque conhecem que as doenças podem passar despercebidas e é necessária a pesquisa para a detecção precoce e evitar complicações de doenças.

Outro ganho importante foi conseguir inserir a nossa comunidade nas ações do projeto para exercer controle social, a intervenção demonstrou que a participação da comunidade é necessária para conquistar o sucesso nas atividades do serviço.

Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos idosos sem atendimento, porém continuamos atualizando cadastro e avaliando usuários, pois desejamos atingir com nossas ações toda a população desta faixa etária para aperfeiçoar o Programa na unidade. O desenvolvimento da intervenção poderia ter sido facilitado se não tivéramos a resistência inicial da enfermeira supervisora da equipe para as atividades de avaliação dos idosos, pois o ideal teria sido envolver a equipe desde a análise situacional, quando percebemos que o seguimento do Programa não cumpria com as diretrizes preconizadas pelo MS. Depois de toda essa experiência, se fosse começar hoje a intervenção, teria investido na conscientização dos profissionais para participarem, desde o início do curso, pensando em minimizar as resistências à proposta e as ações de intervenção.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezada Secretária, após cumprimentar vossa senhoria, gostaria de agradecer seu apoio para realizar o Curso de Especialização em Saúde da Família, na modalidade de educação à distância, ministrado pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel), mas também a sua equipe de trabalho pela confiança depositada na equipe 1 da UBS Aluísio Coelho dos Reis do município de Patos do Piauí/PI. Temos certeza que sem vossa contribuição não teríamos alcançado os resultados, no período de 12 semanas, de fevereiro a abril de 2015, no programa de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, que hoje nos fazem sentir orgulhosos de fazer parte da Rede de Serviços de Saúde do município.

Baseado nos dados facilitados pela secretaria de saúde foi possível estimar a população de 60 anos ou mais residente na área de abrangência da Unidade, tal estimativa foi o ponto de partida para calcular os indicadores previstos para o monitoramento e avaliação das ações propostas. Antes de falar sobre os resultados, gostaria de comentar que, os registros do acompanhamento dos idosos usuários do Programa de acompanhamento de usuários com HAS e/ou DM, não incluía a avaliação multidimensional rápida, a fragilidade na velhice, a rede social, e outros aspectos importantes para alcançar uma atenção integral da pessoa idosa. Com a implementação do Projeto de intervenção proposto no curso esse panorama mudou positivamente.

Antes a equipe de saúde acompanhava 66 idosos, que correspondia a 31,73% de cobertura. Durante a intervenção, a cobertura atingiu: no primeiro mês 67 idosos (32,2%), no segundo mês 121 idosos (58,2%) e no terceiro mês 170 idosos (81,7%), refletindo frequência de acesso dos usuários ao programa.

Referente à proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada da unidade no primeiro mês foi 46 idosos (68,7%), no segundo mês 90 idosos (74,4%) e no mês 3 a proporção de idosos foi 118 (69,4%).

Dos 170 idosos avaliados, 52 deles não recebem os medicamentos porque tem seguimento em Clínicas Privadas (46 idosos) e 6 idosos realizam tratamento com medicamentos associados que não são adquiridos pela unidade.

A proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática no primeiro mês foi 55 idosos (82,1%), no segundo mês foram avaliados 92 idosos (76,0%) e no terceiro mês 167 idosos (98,2%). Agradecemos a gestora pela contratação de um dentista para a nossa equipe, após a intervenção.

Durante o primeiro mês da intervenção a proporção de idosos faltosos que receberam busca ativa foi de 16 idosos (16,4%), no segundo e terceiro mês tivemos 13 buscas ativas de idosos faltosos (100%). Para atingir esta meta nossa equipe teve o apoio do Grupo Comunitário, que foi criado ao início da intervenção com pessoas de nossa comunidade, os quais foram ativados pelo telefone pela ACS ou outro profissional da equipe para informar nome do idoso faltoso e endereço, essas pessoas realizavam visita no momento ao idoso e a Prefeitura tinha garantido transporte para seu traslado a nossa UBS, o que facilito a avaliação dos idosos no mesmo dia da consulta agendada pelos ACS.

A proporção de idosos com Caderneta de Saúde da pessoa Idosa no primeiro mês foi de 67 idosos (100%), no segundo mês 121 idosos (100%) e no terceiro mês 166 idosos (97,6%). Não conseguimos fazer a entrega da Caderneta a 100% dos idosos avaliados porque a gráfica de Teresina está quebrada desde outubro de 2014 e durante a intervenção ficaram esgotadas as reservas do município, os usuários que ainda não possuem a caderneta estão devidamente identificados para sua entrega, quando o município tenha disponibilidade do documento. Agradecemos a gestora que combinou com outros municípios para garantir as cadernetas de saúde da pessoa idosa.

No primeiro mês da intervenção conseguimos avaliação de risco para morbimortalidade de 35 idosos (52,2%), no segundo mês foram avaliados 87 idosos (71,9%), no terceiro mês conseguimos a avaliação dos usuários atingidos durante a intervenção 170 idosos (100%). Esta classificação permitiu aos membros da equipe traçar um plano de ações para os usuários com risco moderado(B) e alto (A) para erradicar fatores de risco modificáveis e melhorar qualidade de vida da população idosa.

A fragilização na velhice foi avaliada no primeiro mês em 54 idosos (80,6%), no segundo mês foram avaliados 121 idosos (100%) e no terceiro mês os 170

idosos (100%) foram avaliados. Foram avaliadas as mudanças e fenótipo relacionados à fragilidade na velhice (sarcopenia ou osteoporose, perda de peso não intencional de 4,5 kg ou mais, fadiga autoreferida, diminuição da força muscular de pressão na mão dominante, baixo nível de atividade física, diminuição da velocidade da marcha) e foram informados idosos e familiares sobre as consequências da fragilidade e ações para sua prevenção (quedas, incapacitação, hospitalização, dependência, doenças agudas qualidade de vida afetada, morte) e foram classificados 57 idosos frágeis, que estão sendo acompanhados.

Ainda agradecemos a equipe de gestores pela garantia dos instrumentos de avaliação da intervenção, esforço para diminuir o tempo da entrega dos exames laboratoriais pelo laboratório, entrega de lembranças oferecidas a nossa população nas atividades de grupo e garantia das vagas dos usuários encaminhados a outras especialidades médicas.

Consideramos que os resultados obtidos na pela intervenção significam um ganho na qualidade do serviço oferecido pela equipe 1 da UBS Aluizio Coelho dos Reis a população idosa do município Patos do Piauí, visando a um enfoque de promoção de saúde, o que é preconizado pelo Ministério da Saúde, o fato de, hoje, poder ter o registro dos dados que permitam fazer tais inferências nos coloca numa posição privilegiada, comparado com o período anterior à intervenção.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Olá idosos, famílias, cuidadores e comunidade patoense!

Vocês se lembram da falta de conforto na Unidade de Saúde anterior, corredores estreitos, iluminação escassa, calor intenso e uma sala de espera pequena? Recordam também que aqueles idosos que não eram acamados ou com dificuldades de locomoção, nem portadores de pressão alta ou Diabetes Mellitus só recebiam atendimento quando adoeciam? Cadê a promoção de saúde a população idosa, a pesquisa ativa para detectar doenças ocultas?

Em outras palavras os idosos tinham que adoecer para serem atendidos na Unidade. Lembram as primeiras impressões durante a realização da avaliação multidimensional rápida, da fragilidade, muitos comentários surgiram entre a população... O atendimento é demorado, porque realizam a medição dos degraus de minha casa e sugerem eliminar se nunca tive queda? A médica perguntou minha opinião sobre sexualidade, quer saber se meus filhos me ajudam, me dão carinho, se choro, ou se fico triste?

Hoje vocês conhecem o porquê de cada pergunta. Graças ao empenho da equipe 1 da UBS Aluísio Coelho dos Reis de Patos do Piauí/PI promovemos saúde aos idosos da nossa área de abrangência. A família ou cuidadores acompanham os idosos a nossa UBS com a intenção de melhorar sua qualidade de vida, a receber as orientações nas atividades de grupo, para tomar as medidas necessárias para evitar a ocorrência daquelas doenças potencialmente evitáveis ou conseguir o controle das doenças crônicas transmissíveis, com a segurança de que, em caso de adoecimento, serão prontamente acolhidos e atendidos pelos profissionais da Unidade e receberão assistência digna, integral e humanizada.

Apresenta-se esse relato porque nós, profissionais desta Unidade de Saúde, sentimos a necessidade de informar a cada um de vocês às mudanças acontecidas

em nosso atendimento. Ultimamente o nosso serviço está mais organizado, graças aos ensinamentos facilitados pelo curso de Especialização em Saúde da Família, da Universidade Federal de Pelotas. Contudo, consideramos, ainda, que podemos fazer mais e melhor com a integração de todos os membros da comunidade e organizações sociais.

Hoje contamos com o exercício do controle social pelos: participantes dos Conselhos de Saúde, integrantes do Grupo de Apoio Comunitário, membros da equipe de saúde, profissionais do Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e participantes de um espaço de recreação “Forró dos Idosos”. Esse espaço de recreação permite compartilhar, interagir com pessoas afins a seus interesses, o que pode evitar o isolamento social e possível depressão.

Além disso, temos garantida prioridade no atendimento aos idosos na Unidade, palestras duas vezes por mês, visitas domiciliares semanais com ACS, nutricionista, dentista, psicóloga, médica, coleta de amostra do sangue para exames em suas moradias. Antes da intervenção 66 idosos foram atendidos (31,73%), e como resultado, da proposta realizada, de fevereiro a abril de 2015, conseguiu-se abranger 170 idosos (81,7%). A todos esses idosos, ofertamos avaliação multidimensional rápida, exame clínico apropriado, solicitação de exames complementares periódicos, verificação de pressão arterial, avaliação para atendimento odontológico, registro das informações, avaliação de risco para morbimortalidade, investigação da rede social, promoção de saúde e orientações acerca da alimentação saudável, atividade física regular, higiene bucal, sexualidade. Foram cadastrados 25 idosos acamados (12,01% do total de idosos), aos quais realizamos visitas domiciliares.

Podem ter a certeza que o programa beneficiará a uma quantidade maior de idosos e vai ser mantido, como parte da rotina de trabalho da equipe. Agradecemos a toda a comunidade pela participação e confiança depositada na equipe 1 de saúde da Unidade para prestar cuidado e pelo apoio recebido para o alcance dos resultados. Esperamos continuar com essa parceria!

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Aprendi que a aprendizagem a distância pode ser uma realidade, sempre que o especializando tenha interesse e seja assistido por um orientador com vontade de ensinar e vocação para a Pedagogia. No curso de especialização a minha aprendizagem não foi apenas sobre os conteúdos propostos pelo curso, minha aprendizagem foi mais longe que isso, pois a primeira coisa que consegui foi melhorar a minha escrita e compressão da língua portuguesa, o que facilitou meu trabalho com a população.

Uma das estratégias de aprendizagem que gostei muito foram os casos interativos, achei muito práticos e efetivos para a revisão de temas em que tínhamos dificuldades, tendo em conta que são protocolos de seguimento diferentes aos de nosso país.

Os Testes de Qualificação Cognitiva foram ótimos, além disso, devo sinalar que o tempo que disponha para desenvolver o estudo foi pouco, considero factível flexibilizar pedagogicamente o tempo individual de aprendizagem do aluno. Considero também que o incentivo para o debate nos Fóruns não motivou suficientemente aos especializandos, apesar das chamadas dos orientadores para a interação e participação dos estudantes.

Quando conheci a proposta da intervenção do curso, percebi que o processo de aprendizagem seria facilitado. O fato de ir construindo, aos poucos, o projeto permitiu, não apenas, conhecer os temas contidos, como também entender a lógica de construir um processo de intervenção. O processo de aprendizagem foi dando-se de forma gradual e na medida em que o discutido aplicava-se à prática cotidiana. Foi uma experiência muito válida que me ajudou a melhorar minha prática profissional.

Muito obrigada.

Referências

BRASIL. **Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. **Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013**. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Dez passos para uma alimentação saudável**: guia alimentar para crianças menores de dois anos - um guia para o profissional da saúde na atenção básica. 2 ed. 2 reimpr. Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Cartilha Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

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

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

BRASIL. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa** – PNSI. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 out. 2006.

CAMACHO, A. C. L. F.; COELHO, M. J. Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 2, p. 279-84, 2010.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19; p. 725-33, 2003.

PARAHYBA, M. I.; SIMÕES, C. C. S. A prevalência de incapacidade funcional e idosos no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 967-74, 2006.

Apêndices

Apêndice A – Ficha complementar para registro de avaliação em saúde do idoso

Programa Saúde da Pessoa Idosa. Ficha complementar

UBS Aluízio Coelho dos Reis. Patos do Piauí. Equipe de Saúde 1. Ano 2015

Nome e Sobrenome do Idoso: _____

Endereço _____

Data de nascimento: _____ Idade: _____ Telefone _____

Data da avaliação: _____

1-Patologias associadas (marque com X)

Asma Bronquial _____ DPOC _____ Tuberculose _____ Epilepsia _____

Hanseníase _____ Doença de Chagas _____ Câncer _____ Cardiopatias _____

Outras _____

2- Resultados do exame Físico da cavidade oral (Marque com X)

Gengivite _____ Leucoplasia _____ Eritroplasia _____ Cáries _____ Edentulismo _____

Outras alterações _____

Data de encaminhamento _____ Data de avaliação _____

Data de terminação do tratamento _____

3- Resultados do Exame físico dos pés (Marque com X)

Fungos das unhas _____ Micoses _____ Mal perfurante plantar _____

Outras alterações _____

4- Resultados do exame físico do sistema arterial periférico e profundo (Marque com X)

Varizes _____ Micro varizes _____

Outras alterações (descrever)

Pulsos tibial posterior (descrever)

Pulsos pediosos (descrever)

Encaminhamento a outras especialidades: Sim _____ Não _____ Qual _____

Data do encaminhamento _____ Data de avaliação _____

Assinatura do profissional que avalio _____

Apêndice B – Fotos da intervenção

Fotografia 1 - Avaliação multidimensional rápida em idosos



Fonte: Própria autora.

Fotografia 2 - Atividade de grupo com idosos



Fonte: Própria autora.

Anexos

Anexo B - Planilha de coleta de dados

Indicadores de Saúde do Idoso - Mês 1																					
Dados para coleta	Número do idoso	Nome do idoso	Idade do idoso	O idoso está com a Avaliação Multidimensional Rápida em dia?	O idoso está com exame clínico apropriado em dia?	O idoso é hipertenso ou diabético?	O idoso hipertenso ou diabético está com solicitação de exames complementares periódicos em dia?	O idoso está com prescrição de medicamentos prioritariamente pela Farmácia Popular?	O idoso está acamado ou tem problemas de locomoção?	O idoso acamado ou com problemas de locomoção recebeu visita domiciliar?	O idoso teve a verificação da pressão arterial na última consulta?	O idoso está com pressão sustentada maior que 150/90mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica?	O idoso hipertenso foi rastreado para diabetes?	O idoso foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O idoso teve primeira consulta odontológica programada?	O idoso falou à consulta programada?	O idoso que falou à consulta recebeu busca ativa?	O idoso está com o registro na ficha espelho em dia?	O idoso tem a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa?	O idoso avaliado	
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de idosos cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim		
1																					
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
25																					
26																					
27																					
28																					
29																					
30																					
31																					
32																					
33																					
34																					
35																					
36																					
37																					
38																					
39																					

Anexo C - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma 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.

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

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

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

Anexo E – Divulgação da intervenção no jornal da Cidade

/ GERAL / PATOS | Médica cubana desenvolve projeto para melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa



PATOS | Médica cubana desenvolve projeto para melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa

Postado por [Danilo Bezerra](#) em [GERAL](#), Patos do Piauí 6 dias ago

A médica cubana, Haydee Pérez Terán García, que atua no município de Patos do Piauí, através do Programa Mais Médicos, desenvolveu um projeto visando a melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa na Equipe de Saúde da Família.

Durante a execução do projeto, que durou 12 semanas, de janeiro a abril deste ano, 170 pessoas com mais de 60 anos, assistidos pela Equipe I, foram avaliados, o que corresponde a 81% dos 208 idosos.

No trabalho apresentado na conclusão do curso de Especialização em Saúde da Família, da Universidade Federal de Pelotas, Haydee citou a ausência de ações de prevenção e promoção da saúde. Segundo ela, as ações da saúde focavam no tratamento das doenças. “De maneira que, para os idosos receberem um atendimento oportuno, tinham que adoecer e assim receber consultas de demanda espontânea”, disse.

A médica destaca, ainda, os avanços obtidos na promoção da saúde, e monitoramento das atividades da equipe de saúde. “Um dos ganhos durante o processo da intervenção foi a incorporação do Programa de Saúde da Pessoa Idosa na Unidade. O conjunto de

atividades realizadas entorno do cuidado dos idosos ficou, totalmente, inserido na rotina da equipe e foi estendida a outros usuários da unidade”, pontuou.

O projeto e seus respectivos resultados serão apresentados pela médica cubana no II Congresso Internacional da Atenção Básica, que acontecerá em Teresina, com início hoje (5), e término dia 7 de maio.

Veja o trabalho na íntegra:

Pérez – Terán García Haydee. Melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa na ESF Aluízio Coelho dos Reis, Patos do Piauí/PI. Ano 2015. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família – Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Ano 2015.

Motivados por oferecer um serviço de qualidade e pelas dificuldades nas mudanças de estilos de vida em idosos da área de abrangência da Unidade de Saúde da Família Aluízio Coelho dos Reis do município Patos do Piauí, Piauí, segundo os Manuais do Ministério da Saúde do Brasil, durante o período de Janeiro a Abril de 2015.

Uns dos principais resultados obtidos foram os pertinentes com a cobertura, sendo que o aspecto quantitativo dos resultados não será destacado tanto quanto os aspectos qualitativos, já que a deficiência de registros anteriores à intervenção, não permite comparar os resultados. Atualmente, podemos medir a proporção de idosos, em relação ao total de idosos estimados na área, podemos diferenciar o cuidado da saúde, secundário a estratificação do risco individual, do tratamento da doença, estes últimos aspectos tem um significado importante para a equipe, para a comunidade e para a gestão em geral. Para a população este resultado significa, também, facilidade do acesso aos serviços, a forma da entrada e a forma como foram escutadas e atendidas suas demandas tem um significado relevante.

Antes do início da intervenção o atendimento à população idosa representava, para as equipes, um conjunto de práticas em que a prevenção e promoção da saúde era suprido pelo tratamento das doenças, era praticamente assistencial, de maneira que, para os idosos receber um atendimento oportuno, tinham que adoecer e assim receber consultas de demanda espontânea, atualmente o seguimento inclui aos idosos sem doenças associadas e o atendimento do idoso doente não tem dia específico, pois o idoso com uma situação aguda deve ter acesso permanente e sem prévia programação ao serviço.

Outro resultado significativo foi o cuidado da saúde bucal dos idosos através do agendamento de consultas para a população alvo, pois existe uma proporção importante de idosos com edentulismo que acreditam que não precisam de avaliação pelo dentista porque não tem dentes, as orientações sobre a frequência de carcinoma bucal na velhice, autoexame da boca, a capacitação para identificar lesões pré-malignas foi de muito significado para idosos e familiares.

O registro de dados de cobertura da população alvo é significativo para as equipes de saúde e para a gestão. Atualmente podemos monitorar as atividades de acompanhamento dos idosos da área. Conhecemos a proporção de idosos com fragilidade, dependência, com estratificação do risco cardiovascular individual e sua classificação permitindo a priorização do atendimento dos mesmos, proporção de idosos acamados ou com dificuldade de locomoção e idosos que precisam de acompanhamento por apresentar uma rede de apoio social debilitada. A educação recebida pelos idosos, famílias e cuidadores sobre saúde bucal, prática de exercícios físicos e alimentação saudável constitui uns dos benefícios de maior importância na perspectiva da promoção da saúde, pois as mudanças de estilos de vida é garantia de qualidade de vida.

Os benefícios obtidos com a intervenção permitiram avanços na promoção da saúde, e monitoramento das atividades da equipe de saúde. Um dos ganhos durante o processo da intervenção foi a incorporação do Programa de saúde da Pessoa Idosa na Unidade. O conjunto de atividades realizadas entorno do cuidado dos idosos ficou, totalmente, inserido na rotina da equipe e foi estendida a outros usuários da unidade. Outro logro importante foi conseguir inserir a nossa comunidade nas ações do projeto para exercer controle social, a intervenção demonstrou que a participação da comunidade é necessária para lograr o sucesso nas atividades do serviço.