

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma nº 7**



Trabalho de Conclusão de Curso

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa; na UBS Dico Leopoldino, São Miguel do Tapuio/Piauí

ORIEL LÓRIGA CABRERA

Pelotas, 2015

ORIEL LÓRIGA CABRERA

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa; na UBS Dico Leopoldino, São Miguel do Tapuio/Piauí

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

Orientador: Adauto Martins Soares Filho

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

C117m Cabrera, Oriel Lóriga

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa; na UBS Dico Leopoldino, São Miguel do Tapuí/Piauí / Oriel Lóriga Cabrera; Aduino Martins Soares Filho, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

73 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. Soares Filho, Aduino Martins, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedicatória

Dedico este projeto a minha pequena filha Samantha Loriga, ela é o motivo mais lindo da minha inspiração.

A minha esposa Yelina Martinez por suportar a espera e superar a distância.

A minha mãe Silvia Cabrera criadora de tudo quanto sou como pessoa.

Agradecimentos

A minha equipe de trabalho pela ajuda, compreensão e dedicação em todo momento, sem eles não tinha alcançado este êxito na intervenção de saúde.

A todos os idosos da área de abrangência pela participação ativa.

A meus orientadores no transcurso do curso: Aduino Martins e Leonardo Pozza, pela dedicação e ajuda de cada um deles.

Também a todos as pessoas envolvidas na conclusão desta obra, gestores, líderes comunitários e amigos, a todos muito obrigado .

Resumo

Loriga, Cabrera ORIEL **Melhorar a atenção a saúde dos idosos na UBS Dico Leopoldino São Miguel do Tapuio - PI.** 2015. 71f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

O envelhecimento da população e o aumento da expectativa de vida é tendência mundial, com 650 mil novos idosos incorporados à população brasileira a cada ano, e a maior parte com doenças crônicas e alguns com limitações funcionais. Esse cenário demográfico impõe organização do sistema de saúde, pois a população idosa exige cuidados específicos ainda desafiantes aos profissionais de saúde. O grupo maior de 60 anos tende a consumir maior quantidade de medicamentos e carece maior atenção dos serviços de saúde. A Unidade Básica de Saúde, localizada na comunidade rural Brejo da Onça, tem 1.795 pessoas na área adstrita, e uma população estimada de 276 idosos. Essa população comumente apresenta doenças crônicas, como hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. A superação de determinadas dificuldades enfrentadas pelos idosos passa por sua maior inserção nas atividades rotineiras da comunidade. Com o envolvimento de todos os profissionais da saúde a intervenção visou a melhorado atendimento das pessoas idosas, ampliando a cobertura do programa. Com a intervenção conseguimos capacitar todos os profissionais da saúde sobre as linhas de conduta que garantam a atenção à saúde dos idosos. Na intervenção conseguimos acompanhar 178 idosos, resultando em 64,5% de cobertura. Todos os idosos acompanhados receberam atenção qualificada de acordo com protocolo do Ministério da Saúde, com avaliação multidimensional rápida, avaliação e solicitação de exames apropriados em dia, cadastramento e visitas domiciliares para 100% de idosos acamados ou com problemas de locomoção, bem como, atividades educativas de orientação sobre alimentação saudável e prática regular de atividade física. A reorganização do serviço e dos processos de trabalho estreitou a relação da equipe com a comunidade, contribuindo para o engajamento público, mediante a realização de atividades de promoção e prevenção, que permitiram aos idosos se manterem ativos e com um ótimo estado de saúde. Os idosos demonstraram satisfação com o atendimento nas consultas e atividades educativas, com a aceitação da priorização no atendimento para esse grupo por parte da população. A principal dificuldade enfrentada durante a intervenção foram barreiras de acesso da pessoa idosa à unidade, verificada na distância das comunidades, e na condição crítica dos serviços de transporte, bem como, de outros recursos, como disponibilidade da clínica móvel odontológica e disponibilidade de medicamentos para todos os usuários, que dependem da vontade dos gestores do município, amenizadas pelo envolvimento e comprometimento na implementação da ação.

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

Listas de figuras

- Figura 1. Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na UBS Dico Leopoldino, São Miguel do Tapuio - PI, 2015.....pg 50
- Figura 2. Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada na UBS Dico Leopoldino São Miguel do Tapuio - PI, 2015... pg 52
- Figura 3. Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Dico Leopoldino São Miguel do Tapuio - PI, 2015..... pg 54
- Figura 4. Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programada na UBS Dico Leopoldino São Miguel do Tapuio - PI, 2015..... pg 55

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS- Agente comunitário da Saúde

CAPS- Centro de atenção psicossocial

DM-Diabetes Mellitus

ESF- Estratégia da Saúde da Família

ESB- Equipe de saúde bucal

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica

HIPERDIA- Hipertensão Arterial Sistêmica + Diabetes Mellitus

PI- Piauí

NASF- Núcleo de apoio de saúde da família

Sumário

Apresentação.....	9
1 Análise Situacional.....	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	22
2 Análise Estratégica.....	23
2.1 Justificativa	23
2.2 Objetivos e metas	25
2.2.1 Objetivo geral	25
2.2.2 Objetivos específicos e metas	25
2.3 Metodologia	27
2.3.1 Detalhamento das ações	27
2.3.2 Indicadores	38
2.3.3 Logística	42
2.3.4 Cronograma.....	44
3 Relatório da Intervenção.....	45
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	45
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	47
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	47
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	48
4 Avaliação da intervenção.....	49
4.1 Resultados.....	49
4.2 Discussão	59
5 Relatório da intervenção para gestores.....	62
6 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	64
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	66
Referências.....	68
Anexos.....	69

Apresentação

O projeto de intervenção foi realizado na UBS Dico Leopoldino situada na localidade do Brejo da onça, trata-se de um trabalho implementado para melhorar a atenção à saúde da pessoa idosa por meio de ações em quatro eixos programáticos: organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, qualificação clínica, e engajamento público.

Este trabalho está dividido em sete partes sendo elas: 1 - Análise situacional onde abordamos as atividades realizadas na UBS, sua estrutura física, recursos humanos e processo de trabalho; 2 – Análise estratégica: onde realizamos o planejamento para intervenção definindo objetivos, metas, indicadores e ações; 3 – Relatório da intervenção: momento em que paramos para analisar todo o trabalho realizado, revivendo desde o início as conquistas e os momentos de dificuldades que encontramos para realizar nossa intervenção; 4 – Avaliação da intervenção: a qual realiza a análise e discussão dos resultados da intervenção; 5 – Relatório da intervenção para os gestores onde apresentamos aos gestores os resultados obtidos com a implementação da ação programática; 6 - Relatório da intervenção para a comunidade onde apresentamos nas comunidades os principais ganhos obtido para a comunidade durante a intervenção; 7 - Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem: levando em consideração as expectativas iniciais da intervenção, avaliamos o que de mais relevante conquistamos através da intervenção. Finalizando o volume, estão os anexos e apêndices utilizados durante a realização deste trabalho.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Meu nome é Oriel Loriga Cabrera, médico cubano do Programa “Mais médicos”. Cheguei ao Brasil em janeiro de 2014 e moro no município São Miguel do Tapuio - PI. Hoje quero falar sobre a situação da Unidade Básica de Saúde (UBS) onde eu trabalho. A equipe é composta por médico, enfermeira, dentista, técnicas de enfermagem e de higiene bucal e seis ACS. Os serviços prestados pelo pessoal de saúde acontecem de segunda a quinta feira na sexta-feira a unidade fica fechado e o dia é dedicado ao planejamento das atividades e a superação do pessoal. As consultas são realizadas em três unidades de saúde, só um deles tem as condições apropriadas de infraestrutura por quanto a privacidade e higiene os outros dois estão em processo de reparação e as outras duas comunidades os atendimentos são realizados em escolas .O local tem consultórios médicos, de enfermagem e odontológicos salas de vacinas e procedimentos, banheiros, sala de reunião e farmácia. Além disso, o município conta com o NASF (nutricionista, psicólogo e fisioterapeuta). O hospital onde são atendidos os usuários todos os dias há cardiologista, psiquiatra, ginecologista e médicos geral. As consultas com mais demanda são os grupos de hiperdia, puericultura, idosos com doenças crônicas, e demanda espontânea. A aceitação da população tem sido muito boa e nos trabalhamos com muito amor.

Fazemos o plano de trabalho ao final do cada mês, para assim, ter uma melhor organização e orientar as pessoas da nossa comunidade, quando temos que nos deslocar até os pontos de apoio. Minha relação com a comunidade é ótima, não poderia ser melhor. O povo é muito acolhedor e humilde. Tenho boa comunicação com eles e não existem problemas para que eles me compreendam. Para mim, a

UBS é muito importante em uma comunidade, pois é o vínculo entre o médico, o indivíduo da família, com importante trabalho dos agentes de saúde.

Cabe dizer que estou muito contente de estar aqui neste país, de trabalhar nesta comunidade com minha equipe de saúde e com a população, que são todos maravilhosos. O povo é muito agradecido com nossa presença e graças ao Programa “mais médicos”, sentem a satisfação do bom atendimento e solução a seus problemas de saúde, devido a todas as estratégias de saúde que nós temos feito para o indivíduo e sua família.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município São Miguel do Tapuio esta localizado no centro norte do estado do Piauí, tem uma população de 18.134 habitantes (Censo 2010), distante 203 km da capital Teresina, cerca de 3h. O sistema local de saúde é composto por nove unidades básicas de saúde (UBS) com equipes de estratégia saúde da família- ESF e saúde bucal. As unidades estão distribuídas seis em área urbana e três em área rural do município. Quatro UBS estão vinculadas ao programa mais médico, desde outubro do ano 2013, e o município não conta com unidades de saúde tradicionais. Recentemente começou o funcionamento do núcleo de apoio à saúde da família (NASF), que faz o apoio matricial das equipes da ESF com a profissional de nutrição, psicologia e reabilitador físico. Não temos centro de especialização odontológico (CEO). O município conta com as especialidades de psiquiatria, cardiologia e ginecologia, em atendimentos quinzenais. Este atendimento é insuficiente, pois geralmente não tem vagas para os possíveis encaminhamentos, indicando que a frequência se mostra inadequada ao perfil e demanda da população, agravada pela irregularidade dos atendimentos.

Integra ainda a estrutura do sistema o Centro de Atenção Psicossocial- CAPS e um hospital onde são atendidas todas as urgências e cirurgia simples. O hospital municipal presta serviços 24 horas com muita irregularidade no plantão dos médicos, devido que o município não conta com a disponibilidade suficiente de médicos para garantir estabilidade no plantão, apresentando dificuldade com as emergências.

Nesse caso, além da falta de recurso humano, há também estrutura deficiente, como a falta de equipamento médico e medicamentos. Não existe serviço

de SAMU, o paciente tem que ser encaminhados para serviços, mas resolutivos em sua maioria em carro da ESF, com o traslado feito sem as condições requeridas. Um laboratório de análise clínica, conveniado ao SUS municipal com a secretária municipal de saúde, faz os exames de rotina básicos, como hematologia completa, glicemia em jejum, colesterol, triglicérides, acida úrico, entre outros. No caso dos pacientes acompanhados para o controle de doenças crônicas, o sumário de urina e o parasitológico em fezes são gratuitos. Os exames como HIV, hepatite B e toxoplasmose tarda mais de 40 dias para receber o resultado. Existe um serviço de ultrassonografia e um serviço de RX no hospital municipal. Outros exames complementares, como RMN, TAC, são marcados pela secretaria e referenciados para a capital. Mas demoram até um ano para serem realizados, o mesmo acontece com as especialidades que não temos no município, gerando muitas insatisfações na população.

A UBS Dico Leopoldino, localizada em Beijo da Onça, é uma das cinco unidades com ESF que acompanham as famílias da área rural. Uma equipe de saúde bucal atende toda a zona rural. A unidade não tem vínculos com as instituições de ensino. A equipe multiprofissional que compõem a ESF é uma auxiliar de enfermagem, seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS), uma enfermeira, um médico, um dentista e uma técnica de saúde bucal. Além de ser uma unidade básica de recente remodelação tem, mais de três anos, com ótima estrutura física. A área de abrangência atual conta com o mapeamento da área de cobertura bem definida, registrada e cadastrada toda a população das cinco microáreas: Beijo Grande, São Nicolau, Titaras, Morada Nova e Beijo da Onça.

A equipe atende em cinco unidades de saúde da área de abrangência, levando atenção à saúde mais próxima a comunidade. A unidade principal Dico Leopoldino, que fica em Beijo da Onça, tem estrutura de qualidade. A estrutura física é nova, com condições apropriadas de infraestrutura, de privacidade e higiene, construída de acordo com o que preconiza o Ministério de Saúde (MS), e sem barreiras arquitetônicas. Nas outras unidades as condições sofrem de limitações, por isso em processo de reforma. Nas localidades de São Nicolau e Beijo Grande as unidades estão em construção, e os atendimentos são realizados em locais improvisados, casas alugadas pela secretaria de saúde. Nas microáreas de Tuitaras e Morada Nova os atendimentos ocorrem em escolas. A unidade Dico Leopoldino

tem consultório médico, de enfermagem e odontologia, sala de vacinas e procedimentos, dois banheiros e sala de reunião e farmácia. Não há régua antropométrica, e as balanças nunca foram calibradas, limitando a realização dos procedimentos indicados na consulta de puericultura, tão importantes para avaliar o crescimento das crianças, cuja demanda é alta. De modo pelo qual se precisa do apoio do gestor de saúde para dar solução aos problemas descritos. Outra deficiência identificada é a situação dos medicamentos, pois o suprimento é irregular, e pelo qual muitas vezes restringe a conduta clínica na solução de diferentes problemas de saúde, principalmente as urgências, por exemplo: febre, vômitos ou crises hipertensivas. Ainda há muito por resolver, mas a equipe faz todo o esforço para obter que o usuário tenha suas necessidades atendidas, e assim fique satisfeito.

Os profissionais da UBS estão todos envolvidos em ações de saúde para obter o adequado atendimento que os usuários de saúde tem direito, com respeito, dignidade e de alta qualidade científica. Quando uma micro área é incorporada à área de abrangência, a primeira atividade da equipe é fazer o mapeamento e territorialização, o que permite conhecer melhor a área, sua extensão, população total, limites com outras áreas e municípios, até conhecer sua história, como e quando foi fundada. E principalmente fazer de forma geral o diagnóstico situacional, identificando as doenças mais comuns, o número de grávidas, crianças, idosos, quantos estão acamados, para gerenciar melhor o atendimento. É preciso desenvolver um trabalho em conjunto, cooperativo. Sem hierarquia entre os membros da equipe ou superioridade dos profissionais de maior nível científico, valorizando sempre as atribuições de todos dentro da equipe, que sintam a importância contributiva que cada um faz, com vocação e humanismo. A equipe planeja o atendimento domiciliar a cada dois meses para os usuários que possuem limitações para ir à unidade. Esses pacientes estão identificados pelo médico, enfermeira, técnica de enfermagem e ACS. E ainda são realizados atendimentos domiciliares a puerperais e recém-nascidos. A equipe reúne-se uma vez por mês, com a participação de um profissional da equipe do NASF, agendando o plano de trabalho do mês seguinte, as atividades, e se avalia o trabalho do último mês, com o estímulo do trabalhador mais destacado. Quanto às ações para o fortalecimento do controle social, a equipe tem identificados pessoas, instituições e estabelecimentos

(farmácia, negócios) que possam ser parceiros, contribuindo na realização de ações com intersetorialidade, com a realização de atividades de qualificação para gestão em saúde e elevando o apoio e fortalecimento do engajamento público. As ações de promoção e de educação popular em saúde são feitas no âmbito de reuniões com os principais grupos de apoio educativos para que sejam multiplicadores das ações de promoção e prevenção de saúde nas comunidades.

A população da área adstrita é de 1.795 habitantes residentes em zona rural, 50,4% do sexo masculino. A relação população por equipe está bem abaixo da média de 3 mil habitantes, recomenda pelo Ministério da Saúde, conforme a Portaria 2.488/2011 (Brasil, 2011). A distribuição da população por faixa etária da área de abrangência difere da estimada com base na distribuição brasileira no CAP, tendo menor número de infantis, jovens e adultos, e maior quantidade de crianças de 1 a 4 anos e idosos. A densidade populacional é baixa, com uma grande área para a população. É importante esclarecer que os dados foram procurados por meio dos registros de cadastros dos agentes comunitários de saúde disponíveis na UBS. A população na área adstrita está distribuída da seguinte forma: menores de 1 ano, 18; 1 a 4 anos, 91; 5 a 14 anos, 285; 15 a 59 anos, 1.125; e 60 anos ou mais, 276.

Todo usuário que chega à UBS tem direito a ser bem acolhidos pelos profissionais da equipe, a recepcionista é a primeira pessoa que fornece informações. Também é preciso explicitar que o acolhimento não é somente para as pessoas que precisem de atenção médica de urgência, ou ao usuário com consulta agendada, mas também para todas as pessoas que procurem a UBS precisando de algum atendimento específico. Toda demanda espontânea dos usuários a UBS, sem agendamento, segue o protocolo de fluxo de atendimento para a condução de uma resposta à sua necessidade em saúde. Onde se avalia a queixa e a condição de saúde da pessoa, realizando a triagem dos problemas. Os eventos agudos recebem atendimento imediato e prioritário, e nos casos não agudos se faz a escuta da queixa e orientação, além de fazer ações específicas e programáticas, como o agendamento de consultas (médico, enfermagem, odontólogo ou outros) de acordo com a sua necessidade. O grupo que tem mais excesso de demanda é a população mais idosa pelas características de saúde próprias do envelhecimento. É de conhecimento de todos que o acolhimento pode ser feito por qualquer membro da equipe. Na unidade a recepcionista faz o primeiro contato. Depois, o médico e a

enfermeira faz a triagem, utilizando os critérios de riscos. E assim, faz o encaminhamento dos usuários para as diferentes consultas, dependendo da necessidade e o problema de saúde que esteja apresentando. A realização do acolhimento às vezes também é feita pela técnica de enfermagem o que tem permitido uma melhor organização e menor excesso de demanda.

A atenção à saúde das crianças começa no momento da primeira consulta geralmente feita na primeira semana de vida, tão logo chegue à área. Nessa visita os profissionais avaliam a mãe e a criança, verificando como foi o parto, com qual idade gestacional aconteceu, antecedentes relacionados com a gravidez, se houve alguma ocorrência e como foi tratada, inclusive avaliando sinais de depressão pós-parto. Da criança confere o peso ao nascer, altura, perímetro cefálico, índice de apgar, condições de riscos, vacinação e avaliação integral das condições de saúde do recém-nascido, realizando o exame físico completo para o diagnóstico precoce de malformações congênitas. E condições de saúde da mãe e criança que possam impedir ou dificultar o aleitamento materno exclusivo, ou mesmo possam indicar o desmame precoce.

Na UBS temos 18 crianças até um ano de idade, todas estão registradas e com controle de acordo com o programa, planejadas para a frequência bimensal nos primeiros seis meses, e trimestral até o final do primeiro de idade. Segundo o CAP, a cobertura de crianças menores de 1 ano acompanhadas é de 67% (18) das estimadas. Para crianças de 1 a 6 anos há disponibilidade de agendamento de consultas três vezes ao mês. Essa consulta é feita geralmente pela enfermeira e caso preciso necessário encaminha para o atendimento médico. O planejamento tem em conta as orientações preconizadas pelo Ministério da Saúde, o responsável sai com a próxima consulta agendada. Durante a consulta são realizadas palestras às mães sobre importância das vacinas, aleitamento materno e outros temas, bem como, sobre o desenvolvimento das crianças, esclarecendo qualquer dúvida. Outros profissionais são envolvidos na atenção das crianças como psicólogo, nutricionista, e todos os dados encontrados e avaliados ficam registrados no prontuário e na caderneta da própria criança. É rotina o uso de suplementação de sulfato ferrosos para todas as crianças com mais de 6 meses, previsto nos protocolos para prevenir anemia. A equipe insiste para que as crianças de 24 meses a 72 meses sejam levadas às consultas planejadas, mas geralmente só procuram a unidade em

condições de doenças agudas. Com respeito a isso, a equipe ainda há que trabalhar no convencimento das mães sobre a importância das consultas de avaliação do desenvolvimento e crescimento, em particular das agentes de saúde.

Entende-se por atenção ao pré-natal os cuidados dispensados às mulheres durante o ciclo gravídico ou o puerpério. Os profissionais da unidade têm como principal objetivo acolher com dignidade a toda mulher grávida ou com suspeita de gravidez que procure o serviço. Confirmada essa fase do ciclo de vida, inicia-se a realização de ações de saúde para a prevenção e tratamento de doenças nas grávidas. O atendimento pré-natal na atenção básica deve ser organizado para atender as necessidades reais de todas as gestantes da área de abrangência do serviço de saúde, por meio da utilização de conhecimentos técnico-científicos e dos meios e recursos adequados disponíveis. Para isso a estrutura física desse serviço deve ser adequada e funcional, propiciando condições favoráveis de trabalho aos profissionais e agradáveis às gestantes.

Confirmada a gravidez, o enfermeiro ou a médica realiza o cadastro da gestante no cartão da gestante. O acompanhamento é feito mensalmente até a 28ª semana e quinzenal até a 36ª semana de gestação, e após, semanalmente até o nascimento, e que continua posteriormente com uma consulta no puerpério. Todos os meses são agendados três atividades com as grávidas para orientar sobre a importância da vacinação, o aleitamento materno e a alimentação adequada, uso de suplementação vitamínica, higiene na gravidez, atividade física. Participam dessas atividades, o médico, a enfermeira e a técnica de enfermagem, o preparador físico, a nutricionista e o dentista. São dois dias de consultas realizadas pela enfermeira, médico, com o auxílio da técnica de enfermagem. O ACS reforça o vínculo da gestante com a equipe e, embora a atenção esteja voltada para a gestante, deve ser integral, e sistematicamente abranger toda a família e o contexto social. Assim sendo, qualquer alteração ou identificação de fatores de risco para a gestante ou para outro membro da família deve ser registrada e discutida com a equipe na Unidade de Saúde. Mais ainda temos dificuldades, pois as agentes não logram este trabalho integral. Os exames complementares, solicitados trimestralmente, são realizados na Secretária de Saúde, e analisados no próprio município. No caso das amostras para exames do GAL são encaminhados para o Laboratório Central-LACEN na capital, e na maior parte das vezes os resultados tardam a chegar,

atrasando a avaliação. São exames de notificação compulsória de média e alta complexidade como HIV, hepatite, toxoplasmose, citomegalovirus, sífilis.

.Todos os dados são compilados nos prontuários dos usuários, cartão da gestante e registro das vacinas. Em todas as reuniões de equipe analisa-se a situação de atenção ao pré-natal. As condutas são guiadas pelo protocolo de pré-natal, e é realizado o cadastramento das gestantes nos Sispré-natal.

Na área de abrangência são 12 grávidas acompanhadas, dessas três consideradas de alto risco com problemas de saúde variados, hipertensão, conflito Rh, idade avançada, sendo acompanhadas e avaliadas pelo gineco-obstetra, além do seguimento da equipe. Segundo o CAP, a cobertura é de 45% (12) das 27 estimadas. Os indicadores de qualidade na atenção pré-natal são ótimos com 100% em todos os indicadores, estamos capacitando e fazendo ações de saúde para que não fique nenhuma mulher grávida sem atendimento na área. Busca ativa casa por casa com ajuda dos ACS para identificar todos os casos de risco pré-concepcional e fazendo um levantamento de mulheres em idade fértil para poder seguir de perto os casos de gravidez e poder aumentar a cobertura.

A saúde da mulher é o tema que envolve um conjunto de ações de saúde com o objetivo de prevenir ou controlar doenças que atingem as mulheres entre 25 a 69 anos. A UBS tem todas as mulheres, dessa faixa etária, identificadas e registradas, e todos os dados correspondentes a seu estado de saúde ficam registrados em prontuário. Além de ter um caderno de registro, como as datas de realização e entrega de exames, o resultado, tratamento realizado e data da próxima consulta de seguimento. Existem alguns aspectos do processo do trabalho que poderiam melhorar como aumentar ou garantir as condições de privacidade dos locais onde são feitos os exames, aumentar a oferta dos medicamentos disponíveis nas UBS para o tratamento de doenças ginecológicas. E a consulta de avaliação de ginecologia dos casos encaminhados normalmente não ocorre em curto prazo de tempo. O exame ginecológico é realizado anualmente, e quando há alguma mulher com resultado de exame alterado, o caso é encaminhado para especialista ou indicamos outros exames de apoio para o diagnóstico. Quando necessário agenda-se consulta com psicólogo, com o objetivo de não perder o seguimento de mulheres com exames alterados.

A área de saúde tem boa cobertura, embora haja algumas mulheres faltosas, geralmente aquelas maiores de 60 anos que apresentam maior dificuldade para se conduzir ao local de realização do exame. Segundo o CAP, 100% das mulheres são acompanhadas na prevenção do CA de colo do útero e mama. A atenção é eficiente, pois os registros oferecem dados precisos para a adequada descrição da situação de saúde de população, fazendo uma análise de qualidade e definir estratégias precisas de atenção para lograr efetividade no tratamento e prevenção de câncer de colo, quando a mulher chega à consulta falamos sobre temas muito importantes em relação ao controle do câncer de colo e mama, temos organizados grupos de mulheres de essa faixa etária, com a realização de palestras e dessa forma lograr que toda população tenha um conhecimento ao respeito. Além de que todas as mulheres tenham conhecimento da importância da realização da mamografia que é ensinada durante as palestras feitas em nossa UBS onde explica-se os fatores de riscos como uso e abuso dos anticoncepcionais orais, não amamentação, nuliparidade. O acesso ao exame de mamografia é baixo, por não ser realizado no município, e a mulher não tem possibilidade de fazer com a regularidade que o programa exige. Das mulheres acompanhadas, 81% estão com citológico em dia e 90% com mamografia em dia; 10% receberam avaliação para CA de colo do útero e 90% com avaliação para o risco de CA de mama. Pelo fato da população ter muitas mulheres envelhecidas, a dificuldade para a realização dos exames é muito maior. Além disso, os exames de mamografia não são feitos no município e os resultados das citologias tardam até quatro meses para retornar. A equipe programa estratégias, como agendar mais dias para a realização do exame citopatológico, e lograr aumentar a participação das mulheres em palestras para se sensibilizar com os temas de câncer de colo de útero e mama e fazer visita pessoal a todas as mulheres faltosas para lograr aumentar a cobertura e a qualidade do programa.

A hipertensão arterial-HAS e a diabetes mellitus-DM são doenças crônicas não transmissíveis que demanda muitos cuidados da equipe com o usuário, devido ao acúmulo de complicações que podem acarretar. Na UBS a equipe faz o acompanhamento de pessoas maiores de 20 anos com HAS, tendo registrados todos os casos identificados. Os dados incluem tratamento clínico, controles ou avaliações por outros especialistas. As informações são registradas no prontuário,

no caderno de registro e no cartão que cada um dos usuários recebe como a data de consulta, pressão arterial, o peso, a conduta tomada e a data da próxima avaliação. O atendimento é feito dois dias por semana em dos turnos, e nesses dias a nutricionista faz sua avaliação, além de fazer palestras sobre alimentação adequada. E o educador físico orienta os exercícios de forma individual que podem fazer, dependendo das capacidades e avaliação do risco cardiovascular. Durante a consulta é feito o exame físico integral aos pacientes que permite a concretização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, elemento de muita importância para o posterior acompanhamento e para estabelecer o tratamento adequado. É rotina a pressão arterial mais ativa a todas as pessoas de maior de 15 anos de idade.

A cobertura do acompanhamento das pessoas com HAS, mesmo com residentes distantes da unidade de saúde, é muito boa. O vínculo com esse grupo é próximo, possibilitando contato frequente. Embora haja a ocorrência de alguns atrasos no controle e realização dos exames, mas estão identificados, são os idosos com algum grau de impossibilidade de se dirigir até a unidade, mas temos agendado as visitas domiciliares para cobrir toda a nossa área de abrangência. Temos ainda muita luta e muitos aspectos do trabalho a ser melhorado. Apesar de o município oferecer os exames complementares, muitos que residem distante, optam por realizar os exames em serviços de outros municípios mais próximos. De modo que a avaliação é demorada. Outra coisa que atrapalha os indicadores de qualidade é avaliação odontológica, como a energia no município é muito ruim e a maioria das vezes é difícil lograr que um paciente idoso aguarde para ser avaliado, estamos implantando o sistema para dar preferência a esses pacientes.

A Diabetes Mellitus, muito frequentemente associada à hipertensão arterial, é um fator de risco de muitas doenças cardiovasculares, causando muita preocupação. A cada consulta fazemos uma avaliação física completa que inclui o exame físico dos pés, palpação dos pulsos tibial posterior e pediosa, assim como avaliação da sensibilidade nos últimos três meses, realizando atividades de promoção e prevenção de saúde. Realizamos palestras com a participação de todos os profissionais de saúde envolvidos, conversando sobre orientações de hábitos saudáveis, como alimentação, diminuição do consumo de álcool, prática de atividade física, controle do peso, mantendo-se ativo. E o incentivo ao abandono do

tabagismo, bem como fazer diariamente a higiene bucal, redução da ingestão de sal de cozinha, aumento da ingestão de frutas e verduras, redução de consumo de alimentos gordurosos e redução do estresse. É comum a conversa desses temas em sala de espera. É necessário ainda planejar mais visitas domiciliares a diabéticos que não podem ir a consultas na unidade; trabalhar toda a equipe na busca ativa de diabéticos na comunidade, melhorar a infraestrutura da UBS, equipando adequadamente, para poder realizar um bom exame físico aos diabéticos buscando alterações de sensibilidade, polineuropatia diabética e retinopatia diabética.

A cobertura de hipertensão e diabetes, segundo o CAP, 62% (223) hipertensão e 30% (31) para diabetes dos estimados. Dos acompanhados, 90% dos hipertensos e 77% dos diabéticos com exames complementares em dia; com avaliação da saúde bucal, 96% dos hipertensos acompanhados e 87% dos diabéticos. Estamos implementando um grupo de atividades com esses grupos para aumentar a qualidade dos indicadores de saúde, por exemplo, ampliando o número de visitas domiciliares, prestar mais serviço na unidade de saúde móvel para chegar mais perto das áreas de difícil acesso, no município esta ampliando a cobertura para realização de exames complementares para lograr melhor o indicador e aumentar a qualidade de vida dos pacientes.

A saúde da pessoa idosa vai a garantir um incremento da expectativa de vida na comunidade, pelo qual é importante que o trabalho seja organizado para lograr resultados meritórios a respeito. Eles requerem maior atenção, bom trato, cortesia, solidariedade. Às vezes esquecemos detalhes tão importantes em nosso fazer diário ao lidar com a pessoa idosa que representa sinônimo de respeito, valores, experiência e consideração. Lembrar que são úteis, formam parte de nossa sociedade, e que a equipe é capaz de desenvolver ação cooperativa com o indivíduo, a família e sua rede social, superando dificuldades enfrentadas pelo idoso, como a dependência funcional. E isso deve ser avaliado em todas as suas dimensões, clínica, psicológica, social e cultural. O atendimento é agendado um dia por semana, em dos turnos, como envolvimento de todos os profissionais da equipe o medico, a enfermagem, o dentista, e a técnica de enfermagem. E quando necessário com a participação de profissionais do NASF, a nutricionista, o preparador físico e o psicólogo, para fazer avaliação integral, a atender a

especificidade de suas demandas, com o objetivo de melhorar a autonomia e aumentar a sua inclusão na família e na comunidade, com mais qualidade de vida.

Na área da equipe residem 276 idosos e 69% (n=191) estão registrados na UBS, mas não são acompanhados com regularidade, pois são atendidos por demanda espontânea e recebem avaliação dependendo da doença que apresentam e características específicas. Articulamos com usuário e famílias sobre as possíveis complicações que podem apresentar, assim como reconhecer os sinais de alerta, e recebem orientação de temas importantes, como a prática de exercícios físicos e alimentação saudável, assim como promoção da saúde bucal. Dos 191 idosos acompanhados, 52% realizaram a avaliação multidimensional rápida e tiveram o risco para a morbimortalidade avaliada. Temos dificuldade com a investigação de indicadores de fragilização na velhice e não contamos na UBS com protocolos de atendimento para esse público, condição que dificulta o trabalho. É importante envolver mais a família no cuidado do idoso, envolvendo-os em atividades comunitárias. Esse grupo requer mais atenção, carinho, amor e dedicação aos seus problemas. Os idosos é o grupo que mais procura a unidade, sempre precisando de atenção à saúde para tratamentos que melhorem a sua qualidade de vida. A atenção da saúde dos idosos gera mais demanda por parte dos profissionais da saúde por ser o grupo mais vulnerável a abandono e maltrato familiar. Estamos agendando mais horas para o atendimento, aumentamos o número de visitas domiciliar e estamos levando uma equipe multidisciplinar, integrada pelo médico, dentista, nutricionista enfermagem e psicólogo para fazer uma avaliação integral de cada um deles para melhorar os indicadores de qualidade.

São muitos os desafios, além do caminho percorrido, ainda há muito que fazer para lograr um serviço de excelência para a população da área de abrangência da unidade. Cujos resultados podem ser favoráveis, garantida a atenção como pelos protocolos nacionais e como merece a população do Brasil. A equipe de uma forma geral é ouvida sobre as reflexões que o curso tem oportunizado. Inicialmente não compartilhavam dos mesmos critérios e condutas recomendadas nos manuais, mas com argumentos oferecidos pelo curso tudo foi mudando. E se mostram otimistas a trocar as metodologias de trabalho que temos e que nos impedem atender as necessidades da população, contamos com todas as ferramentas necessárias para modificar nosso trabalho. O desenvolvimento do curso tem permitido conhecer

nossas debilidades e também ter um conhecimento mais amplo de temas como as atribuições dos profissionais, estrutura da UBS, assim como o atendimento a demanda espontânea e grupos específicos. Dando resposta ao questionário e ao caderno de ações programáticas podemos apreciar onde temos as principais debilidades, logrando uma maior organização dos serviços.

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

Depois de terminar o relatório de análises situacional da UBS Dico Leopoldino e fazer um comparativo entre este e avaliação da situação da ESF feita ao início do curso, chegamos à conclusão, que as reflexões e preenchimentos dos questionários ajudaram tanto a mim como a minha equipe, pois aprendemos a conhecer o funcionamento do sistema de saúde do Brasil, consegui ter uma visão maior e melhor acerca da situação existente com a saúde em minha área de trabalho e a comunidade toda, melhorando a organização do trabalho da UBS, tendo mudanças boas em nosso trabalho. Agora conhecemos mais nossa realidade, debilidades e fortalezas. O curso de especialização constitui uma ferramenta valiosa, com uma visão crítica sobre a realidade do trabalho em saúde, mostrando a possibilidade de ampliação de ações, assim como prestar assistência integral, de forma articulada com a rede de atenção local, com vistas à valorização do indivíduo como um ser humano, e assim, organizar o trabalho da equipe para que seja mais integrada e resolutiva.

Temos buscado cadastrar 100% da população, obtendo conhecimentos e assim solicitamos documentos para um melhor atendimento e seguimento para a população como protocolos de atendimento, cadernetas de idosos entre outros. A equipe tem trabalhado para organizar a atenção seguindo as orientações preconizadas pelo Ministério da Saúde. As mudanças tem sido significativas, mais precisamos trabalhar ainda mais, ampliar as coberturas e qualificar as ações das ações programáticas, aumentar a participação da comunidade na busca de solução dos problemas apresentados e continuar com as palestras para orientar a população. Continuamos sendo uma equipe de saúde muito unida trabalhando para a melhoria da atenção em saúde e, participação ativa nas ações com isso melhorar

o estado de saúde da comunidade que é a nossa principal função promover saúde e evitar doenças.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

“Somente os idiotas se lamentam de envelhecer” (Cícero, 44 a.C.)

O envelhecimento populacional, fenômeno mundial que envolve variados aspectos, biológicos, econômicos, culturais, educacionais, psicológicos, reclama legitimamente políticas públicas multisetoriais. O envelhecimento populacional do Brasil segue a passos largos, com a OMS estimando o aumento da proporção de 10,8% (20,5 milhões) de idosos, em 2011, para 14% (30,9 milhões), em 2020, podendo chegar a sexta maior população de idosos. Por suas demandas, o envelhecimento brasileiro traz preocupações, principalmente no campo da saúde. Pois, o grupo maior de 60 anos tende a consumir maior quantidade de medicamentos e carece maior atenção dos serviços de saúde, dado pelas próprias doenças que acompanham o processo de envelhecimento. Daí a importância da ação programática destinada a esse grupo. O acompanhamento clínico e de promoção à saúde traz grande impacto no controle das doenças e para a saúde dos idosos reduzindo a gravidade e a morbimortalidade. Pode-se identificar precocemente os sinais e sintomas que sugerem a instalação de síndromes, sendo possível a adoção de condutas específicas de controle e prevenção. A avaliação funcional é fundamental para determinar não só o comprometimento funcional da pessoa idosa, mas sua necessidade de auxílio representa uma maneira de medir se uma pessoa é ou não capaz de desempenhar as atividades necessárias para o auto cuidado (Brasil 2007).

A Unidade Básica de Saúde (UBS), localizada na comunidade rural Brejo da Onça, tem 1.795 pessoas na área adstrita, 436 famílias. A equipe está completa integrada, formada por médico, enfermeira, técnica de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde, dentista e técnica de higiene bucal. E tem o apoio matricial da equipe do NASF (Nutricionista, Psicólogo e Preparador Físico). A UBS tem ótima

estrutura física para fazer um adequado atendimento aos usuários. A UBS tem sala de atendimento médico, de enfermagem, consultório odontológico, sala de reuniões para fazer as atividades coletivas com os idosos, como palestras. Há farmácia com medicamentos e sala de curativos com equipamentos e materiais de consumo somente na unidade de saúde principal. No entanto, a equipe leva às unidades de saúde auxiliares os recursos necessários, garantindo a qualidade nos dias de atendimento. Assegura-se a vacina contra influenza para todos os idosos em todas as unidades de saúde da área, e ainda levam-se até as casas quando se faz as visitas domiciliares. A equipe conta com transporte e motorista da secretaria de saúde para a realização de visitas domiciliares em periodicidade trimestral.

A população-alvo é de 276 idosos residentes na área de abrangência. A unidade tem 191 idosos cadastrados, fazendo uma cobertura de 69%. Embora sejam atendidos por demanda espontânea, com acompanhamento irregular. Embora, os idosos acamados ou com problemas de locomoção sejam atendidos nas visitas domiciliares, o acompanhamento dos idosos é realizado sem a referência de um protocolo de atendimento ao usuário na unidade. E não são planejadas ações específicas para este grupo na programação de trabalho da unidade. Essa população geralmente apresenta doenças crônicas como hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM). A adesão dos idosos tem melhorado muito, nos últimos meses, devido o fortalecimento do vínculo pela permanência da equipe na área, estabelecimento de atividades na rotina, envolvendo cada dia mais os idosos na programação do serviço. A superação de determinadas dificuldades enfrentada pelos idosos passa por sua maior inserção nas atividades rotineiras da comunidade. E a equipe tem implementado um grupo de ações de promoção de saúde para melhorar e elevar a qualidade de vida da pessoa idosa. As atividades educativas de grupo mostram-se importantes espaços de comunicação e interação com o usuário, conhecendo as maiores preocupações e questionamentos sobre atendimento.

Com o envolvimento de todos os profissionais da saúde a intervenção pretende melhorar o atendimento das pessoas idosas, aumentando o grau de implementação da cobertura do atendimento clínico, inclusive o odontológico.

A principal dificuldade está no acesso da pessoa idosa a unidade, verificada na distância das microáreas para a unidade de saúde, na condição crítica do

transporte, e de outros recursos que dependem da vontade dos gestores do município, mas com a certeza de envolvê-los no comprometimento de implementação da intervenção. Alguns aspectos são fundamentais para viabilizar a realização da intervenção, como transporte a tempo completo para o traslado na área de abrangência, o envolvimento de todos os profissionais da equipe no projeto e o apoio do gestor municipal. Espera-se ampliar a cobertura do atendimento das pessoas idosas na UBS, fazer avaliação integral com um enfoque multidisciplinar e integrado, ampliar o acesso aos serviços de saúde, aumentar a disponibilidade da cobertura do atendimento odontológico e aumentar o uso da caderneta da pessoa idosa. A caderneta é um instrumento para facilitar o registro do atendimento e o acompanhamento do estado de saúde da pessoa idosa, como intercorrências, condutas clínicas, resultados de exames e esquema vacinal. A saúde das pessoas idosas tem muitos aspetos que necessitam aperfeiçoamento melhorar desde o atendimento clínico, até a avaliação psicológica oportuna, pois muitos moram sozinhos sem nenhum apoio familiar. Neste contexto pretende-se fazer uma abordagem integral da população idosa, com repercussão, inclusive nos aspectos sociais, levando uma profunda melhoria em sua qualidade de vida.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde dos idosos na UBS Dico Leopoldino -PI.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

O objetivo geral: melhorar a atenção à saúde do idoso.

Objetivo 1. Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso.

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

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

Metas 2.1 Realizar avaliação multidimensional rápida de 100% dos idosos cadastrados na intervenção, utilizando como modelo a proposta de avaliação do ministério da saúde.

Metas 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.

Metas 2.3 Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e ou com diabetes incluídos na intervenção.

Metas: 2.4. Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos cadastrados na intervenção.

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

Metas: 2.6. Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos cadastrados na intervenção, acamados ou com problemas de locomoção.

Metas: 2.7. Rastrear 100% dos idosos cadastrados na intervenção, para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Metas: 2.8. Rastrear 100% dos idosos cadastrados na intervenção, com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmhg para Diabetes Mellitus (DM).

Metas: 2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos cadastrados na intervenção.

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

Objetivo 3: Melhorar a adesão da atenção ao idoso na Unidade de Saúde.

Metas: 3.1. Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Objetivo 4 . Melhorar o registro das informações.

Metas 4.1 Manter registro específico de 100% das pessoas idosas cadastradas na intervenção.

Metas: 4.2. Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados na intervenção.

Objetivos 5: Melhorar a avaliação de risco da atenção ao idoso na Unidade de Saúde.

Metas: 5.1. Rastrear 100% das pessoas idosas cadastradas na intervenção para risco de morbimortalidade.

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

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

Objetivo 6: Melhorar a promoção de saúde da atenção ao idoso na Unidade de Saúde.

Metas: 6.1. Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas cadastradas na intervenção.

Metas: 6.2. Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos cadastrados na intervenção.

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

2.3 Metodologia

A proposta de intervenção foi estruturada para ser desenvolvida a princípio no período de 16 semanas na UBS Dico Leopoldino, no entanto, por necessidades de ajustes no calendário do curso, o tempo de implementação da intervenção foi reduzido para 12 semanas. Participarão da intervenção 178 de 276 idosos de 60 anos ou mais residentes na área de abrangência da UBS.

2.3.1. Detalhamento das ações

Objetivo1. Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso

Metas: 1.1 Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para o 100%

Monitoramento e avaliação: Fazer uma atualização do cadastramento dos idosos que permita monitorar ao menos uma vez por mês a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade, apoiando-se nas reuniões de equipe semanal.

Organização e gestão do serviço: Garantir o acolhimento dos idosos através do projeto de intervenção, assim como fazer o verdadeiro cadastramento dos mesmos com ajuda das agentes de saúde da área de abrangência. O acolhimento será feito aproveitando o momento dos atendimentos e as visitas domiciliares pelo médico e a enfermagem da equipe de saúde. Estabelecer que cada um dos agentes de saúde façam o cadastramento de todos os idosos da área de abrangência.

Engajamento público: Orientar e alcançar a participação da comunidade, por intermédio das palestras, destacando a importância do acompanhamento periódico dos idosos na unidade de saúde. Estabelecer com as palestras planejadas que a comunidade conheça a existência do Programa de Atenção ao Idoso para que compreendam a atenção primária como a porta de entrada do sistema único de saúde, onde é capaz de trabalhar com programas de saúde com o objetivo de prevenir diferentes doenças.

Qualificação da prática clínica: Planejar diferentes temas de atenção aos idosos e oferecer as mesma em cada reunião da equipe em forma de conversas e trocas de experiências. Oferecer as agentes de saúde diferentes estratégias de atuação na busca ativa daqueles idosos que não fazem acompanhamento em nenhum serviço, aproveitando as atividades da visita domiciliar.

Objetivo2. Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde

Meta2.1. Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Monitoramento e avaliação: Monitorar nos prontuários clínicos a realização de Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anual em todos idosos acompanhados pela unidade de saúde. O monitoramento será feito pela enfermagem e a técnica de enfermagem da equipe de saúde.

Organização e gestão do serviço: garantir com o gestor municipal os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos na unidade de saúde (balança, antropômetro, Tabela de Snellen etc). Definir claramente nas reuniões da equipe as atribuições de cada profissional na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos da unidade de saúde.

Engajamento público: Aproveitar todos os seminários possíveis com a comunidade e explicar a importância destas avaliações para o diagnóstico e tratamento oportuno das doenças que podem provocar uma diminuição da capacidade funcional dos idosos. Aumentar a adesão de cada usuário às condutas em cada consulta, com orientações claras entendíveis, buscando estilos de vida saudáveis.

Qualificação da prática clínica: Informar e debater em cada reunião da equipe os protocolos adotados pela UBS para o atendimento dos idosos. Estabelecer a

participação da equipe nas consultas dos idosos com o objetivo de criar habilidades para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida. Constituir a participação da equipe nas consultas dos idosos com o objetivo de criar capacidades para o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas.

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.

Monitoramento e avaliação: Efetivar o exame físico adequado aos dos idosos, para poder identificar os riscos para morbimortalidade que apresentam e monitorar o mesmo nos prontuários clínicos. O exame físico adequado será feito pelo médico e a enfermeira da equipe durante os atendimentos e será monitorado nos prontuários pela técnica de enfermagem e o médico.

Organização e gestão do serviço: Aproveitar nas reuniões da equipe e debater as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos. Esquadrinhar nos prontuários clínicos aqueles idosos que não realizaram exame clínico apropriado e recuperar o mesmo em consulta planejada. Agendar através dos dados oferecidos por as agentes de saúde nas visitas domiciliares aqueles idosos hipertensos e diabéticos provenientes destas visitas e acolhe-los.

Engajamento público: Aproveitar palestras, consultas e visitas domiciliares para 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.

Qualificação da prática clínica: Estabelecer a participação dos membros da equipe em cada consulta para criar capacidades na realização de exame clínico apropriado. Criar capacidades a equipe no registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas. A capacitação dos membros da equipe será feita durante reuniões cada semana oferecidas pelo medico a todos os integrantes da equipe profissionais envolvidos no projeto.

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

Monitoramento e avaliação: Monitorar nos prontuários clínicos o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada. O monitoramento será feito pela enfermagem.

Organização e gestão do serviço: Indicar exames complementários a todos os idosos avaliados em consultas ou visitas domiciliares. Vamos fazer um levantamento de todos os idosos com exames complementares em atraso e com ajuda dos ACS durante os atendimentos e as visitas domiciliares daremos prioridade a esses pacientes para indicar os exames complementares.

Engajamento público: Aproveitar as consultas medica palestras e visitas domiciliares para orientar os pacientes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares assim como a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Qualificação da prática clínica: Planejar nas reuniões a capacitação da equipe sobre temas do protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares.

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

Monitoramento e avaliação: Fazer monitoramento nos prontuários clínicos dos medicamentos utilizados por os usuários e conhecer se são adquiridos nas farmácias populares.

Organização e gestão do serviço: Garantir por meio do registro as necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde no período do ano. O levantamento das necessidades de medicamentos será feito pela técnica de enfermagem e o medico da equipe.

Engajamento público: Explicar em palestras, consultas medicas e vistas domiciliares o direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Qualificação da prática clínica: Planejar nas reuniões atualização da equipe sobre temas do tratamento da hipertensão e/ou diabetes, assim como devem orientar os

usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

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

Monitoramento e avaliação: Fazer monitoramento do número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados por as agentes de saúde durante as visitas familiares que semanalmente fazem os ACS.

Organização e gestão do serviço: Implantar o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa mediante as consultas e as visitas domiciliares faremos um caderno onde fiquem registrados todos os pacientes acamados e com problemas de locomoção envolvidos no projeto com ajuda dos ACS.

Engajamento público: Aproveitar as palestras para informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da Unidade de Saúde.

Qualificação da prática clínica: Fazer nas reuniões da equipe capacitação as ACS sobre o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência.

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

Monitoramento e avaliação: Fazer monitoramento das informações dos ACS entregues em cada semana verificando a realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Organização e gestão do serviço: Agendar as visitas domiciliar a idosos acamados ou com problemas de locomoção, prévia coordenação com as agentes de saúde em cada reunião da equipe.

Engajamento público: participação da comunidade nas palestras para informar sobre os casos em que necessitam da visita domiciliar, assim como a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Qualificação da prática clínica: Utilizar as reuniões da equipe para orientar as ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados

ou com problemas de locomoção, assim como, o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar.

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

Monitoramento e avaliação: Fazer revisão do número idoso submetido a rastreamento para HAS, periodicamente através dos prontuários clínicos. Atividade que fará a enfermagem da equipe.

Organização e gestão do serviço: Prioridade do acolhimento para os idosos portadores de HAS nos dias de atenção a idosos. Coordenar através do gestor o material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde para todos os integrantes da equipe.

Engajamento público: Utilizar os espaços das palestras para explicar a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade, assim como os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS.

Qualificação da prática clínica: Estabelecer a presença da equipe da UBS nas consultas médicas para verificação da PAS, assim como dedicar um tempo nas reuniões da equipe para exercer comprovação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

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

Monitoramento e avaliação: Aproveitar acompanhamento do número idoso com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmhg para fazer rastreamento da DM.

Organização e gestão do serviço: Estabelecer prioridade de forma organizada do acolhimento para os idosos portadores de DM nos dias do atendimento as pessoas idosas. Coordenar com o gestor todo o material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Engajamento público: Utilizar as palestras para informar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmhg ou para aqueles com diagnóstico de Hipertensão Arterial

Sistêmica, além de explicar os fatores de risco para o desenvolvimento de DM, prévio planejamento nas reuniões da equipe dos temas a oferecer em cada palestra. Qualificação da prática clínica: Treinar a equipe na realização do hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmhg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

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

Monitoramento e avaliação: Revisar sistematicamente os prontuários clínicos para monitorar e avaliar a necessidade de tratamento odontológico de idosos.

Organização e gestão do serviço: Informar sistematicamente ao gestor de saúde as necessidades de atenção da saúde bucal dos idosos da área de abrangência.

Engajamento público: Aproveitar as palestras para informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de idosos.

Qualificação da prática clínica: Oferecer nas reuniões da equipe orientações de capacitação para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em idosos.

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

Monitoramento e avaliação: Revisar sistematicamente os prontuários clínicos e as fichas odontológicas para monitorar o estado de acompanhamento odontológico dos idosos com ajuda do dentista e a técnica de higiene bucal.

Organização e gestão do serviço: Realizar o acolhimento aos idosos com necessidades odontológicas na UBS com apoio do dentista. Realizar o monitoramento da utilização dos serviços odontológicos por idosos mediante a revisão sistemática dos prontuários e as fichas de atendimento odontológico com ajuda do dentista. Reorganizar e supervisionar agenda de saúde bucal para atendimentos dos idosos na UBS. Realizar um plano com o dentista para priorizar o atendimento dos idosos inclusive nos dias do trabalho da clinica odontológica móvel.

Engajamento público: Realizar palestras nas comunidades para oferecer informações sobre a importância do atendimento de saúde bucal prioritário para os idosos com o objetivo de melhorar a saúde geral dos idosos além de mostrar outras ofertas de atendimento oferecidas na UBS com apoio do médico, enfermagem e

dentista. Realizar palestras com a comunidade para informar sobre a importância e a necessidades da realização de exames bucal incluindo propaganda nas escolas e os principais comércios da comunidade. Realizar reuniões com integrantes das comunidades para ouvir algumas estratégias para realizar da captação de idosos para acompanhamento odontológico.

Qualificação da prática clínica: Realizar a capacitação mediante reuniões a todos os membros da equipe para realizar a acolhimento dos idosos de acordo com o protocolo. Capacitar a enfermagem e técnica de enfermagem para realizar o cadastramento identificação e encaminhamento dos idosos para serviços odontológicos a capacitação será feita pelo dentista. Realizar mediante reuniões a capacitação dos ACS para a captação de idosos feita pelo médico. Realizar a capacitação dos cirurgiões dentistas com apoio do dentista para a realização de primeira consulta odontológica programática para os idosos.

Objetivo3. Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso

Monitoramento e avaliação: Revisão dos prontuários clinica dos idosos em busca do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo.

Organização e gestão do serviço: Planejar visitas domiciliaria dos idosos faltosos a consulta, previa revisão dos prontuários. Agendar com ajuda da equipe o acolhimento em consultas dos idosos faltosos, provenientes das buscas domiciliares.

Engajamento público: Oferecer palestras a comunidade sobre a importância de realização das consultas, para prevenir doenças crônicas e complicações das mesmas. Aproveitar as consultas, vistas domiciliares e palestras planejadas para explicar os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Qualificação da prática clínica: Dedicar um tempo na reunião da equipe para informar as ACS para atenção ao cuidado dos idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade. Deliberar o dia e periodicidade das consultas dos idosos com a equipe para uma adequada organização do trabalho.

Objetivo4. Melhorar o registro das informações.

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

Monitoramento e avaliação: Avaliar a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde com o objetivo de organizar o trabalho, facilitar a intervenção.

Organização e gestão do serviço: Atualizar as informações do SIAB, através dos dados oferecidos e manter essa atualização. Garantir com ajuda do gestor para implantar a planilha de registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos. Definir uma vez ao mês a entrega das informações por parte da equipe para manter atualizado o registro. Nomear ao enfermeiro como responsável do monitoramento dos registros

Engajamento público: Oferecer aos pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação ao preenchimento dos registros de saúde.

Qualificação da prática clínica: habilitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários do atendimento aos idosos.

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

Monitoramento e avaliação: Completar e monitorar a entrega da caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a todos os idosos cadastrados.

Organização e gestão do serviço: Definir com o gestor a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa para completar a entrega daqueles que ainda não tem a caderneta.

Engajamento público: Informar e criar consciência aos idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando comparece a consultas em outros níveis de atenção.

Qualificação da prática clínica: Treinar a equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa, nas reuniões da equipe.

Objetivo5. Mapear os idosos de risco da área de abrangência

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

Monitoramento e avaliação: Fazer rastreamento na área de abrangência do número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados para estabelecer ações de prevenção e promoção.

Organização e gestão do serviço: Planejar as consultas do atendimento acordo aos riscos de morbimortalidade que apresentam os idosos.

Engajamento público: Organizar palestras com o grupo de idosos, assim como nas consultas e vistas domiciliares para explicar nível de risco e a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco.

Qualificação da prática clínica: oferecer em reuniões da equipe capacitações para os profissionais para lograr a identificação oportuna e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa.

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

Monitoramento e avaliação: Realizar o monitoramento do numero de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice mediante a supervisão dos prontuários clínicos dos idosos, com apoio da enfermagem e o medico.

Organização e gestão do serviço: Identificar os idosos fragilizados na velhice e trazer estratégias para priorizar o atendimento com o medico da equipe.

Engajamento público: Orientar aos idosos fragilizados e seus familiares mediante palestras sobre a importância do acompanhamento mais frequente para melhorar sua qualidade de vida com apoio do médico.

Qualificação da prática clínica: Capacitar durante as reuniões da equipe aos profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice com apoio do medico e a enfermagem.

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

Monitoramento e avaliação: Monitorar mediante a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados mediante a supervisão dos prontuários clínicos. Realizar o monitoramento e cadastramento dos idosos com rede social deficiente mediante a supervisão dos prontuários clínicos pela enfermagem.

Organização e gestão do serviço: Promover e facilitar o aumento das visitas domiciliares a idosos com redes sociais deficientes, realizando o agendamento no cronograma de trabalho mensal com apoio da enfermagem.

Engajamento público: Dar a conhecer aos idosos e os membros da comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na UBS mediante reuniões nas comunidades oferecidas pela técnica de enfermagem e os ACS

Aumentar o estímulo nas comunidades da promoção da socialização da pessoa idosa oferecendo trabalhos nas escolas, igrejas, com apoio dos líderes comunitários.

Qualificação da prática clínica: Aumentar a capacitação dos profissionais da equipe sobre como avaliar a rede social dos idosos mediante palestras com apoio do médico da equipe.

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos

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

Monitoramento e avaliação: Garantir a orientação nutricional do hábito alimentar, saudáveis para todos os idosos através do monitoramento dos prontuários médicos dos idosos cadastrados. Definir a quantidade de idosos com obesidade / desnutrição para ações de promoção e prevenção.

Organização e gestão do serviço: Determinar ações a oferecer por agentes de saúde com apoio do médico e enfermeiro para garantir uma adequada orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Engajamento público: Fazer palestras com a comunidade, cuidadores e o grupo de idosos para educar e trocar experiências sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis.

Qualificação da prática clínica: Oferecer informações a equipe que ajudem na capacitação deles para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os Dez passos para alimentação saudável ou o Guia alimentar e para a população brasileira. Planejar capacitações na reunião da equipe em temas como orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos.

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

Monitoramento e avaliação: revisar nos prontuários clínicos o número de idosos que recebem orientação de atividade física regular para todos os idosos, assim como definir a quantidade de idosos que realizam atividade física regular.

Organização e gestão do serviço: estabelecer as ações a fazer na orientação para a prática de atividade física regular, por os agentes de saúde com a supervisão do medico e enfermeiro.

Engajamento público: informar-nos diferentes espaços de consultas, visitas domiciliares a importância da realização de atividade física regular.

Qualificação da prática clínica: oferecer diferentes metodologias a equipe como deve orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular.

Meta6. 3 : Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

Monitoramento e avaliação: fazer monitoramento das atividades educativas individuais dos idosos a traves dos prontuários clínicos.

Organização e gestão do serviço: planificar as consultas medica tendo em conta todos os elementos que permitem diferenciar as orientações individuais de cada usuário.

Engajamento público: oferecer palestras aos idosos e familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias.

Qualificação da prática clínica: proporcionar orientações à equipe durante os diferentes encontros sobre a higiene bucal e de próteses dentárias dos idosos.

2.3.2. Indicadores

1. Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso

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

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa

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

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

2.1. Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia

Numerador: Número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia

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

2.2. Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia

Numerador: Número de idosos com exame clínico apropriado em dia

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

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

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

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

2.4. 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 pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

2.7. Proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta

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

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

2.8. Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus

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

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

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

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

2.10. Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática

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

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

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

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

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

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas.

4. Melhorar o registro das informações

4.1. 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 pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

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

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

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

5. Mapear os idosos de risco da área de abrangência

5.1. Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia

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

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

5.2. 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 pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

5.3. 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 pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

6. Promover a saúde dos idosos

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

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

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

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

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

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

6.3. 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

A realização da intervenção programática Saúde do Idoso tem como referência o manual de atenção básica do Ministério da Saúde, envelhecimento e saúde da pessoa idosa, 2007. Serão utilizadas as fichas espelhos disponíveis pelo curso e o prontuário do idoso para realização dos registros. Assim para coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção os impressos terão que passar por adequações por não permitir o registro de todas as informações que serão monitoradas. A equipe acordará com o gestor municipal da saúde o apoio na impressão da quantidade necessária das fichas espelho e que serão anexadas aos prontuários, visando o acompanhamento mensal da intervenção.

Na organização do registro específico da ação programática, a enfermeira revisará o livro de registro identificando todos os idosos acompanhados pelo serviço nos últimos três meses. A profissional localizará os prontuários desses idosos com ajuda dos ACS e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha-espelho. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre o atraso de consultas, exames clínicos e laboratoriais, esquema vacinal, exames multidisciplinar, necessidades de atendimento da saúde bucal, idosos com HAS E DM, assim como fatores de riscos associados e outros aspectos relacionados com a saúde mental, como a fragilização e a rede social na velhice.

Os profissionais das equipes receberão capacitação no protocolo de referência da intervenção. Essa capacitação ocorrerá na própria UBS, e para isso será reservado um turno das duas últimas semanas antes do início da intervenção e um turno durante na primeira semana da intervenção, durante as reuniões da UBS. Será apresentado o projeto ao gestor e gerentes da saúde municipal para garantir os recursos materiais necessários. Será necessário providenciar a impressão de 200 cópias de fichas-espelho, além de 10 cópias do protocolo/manual técnico que serão usados para facilitar a capacitação dos 10 membros da equipe envolvidos no projeto. Bem como, vamos precisar de 3 blocos de folhas e canetas para anotações. O melhor dia da semana para a capacitação dos membros da equipe é nas quintas à tarde para não interferir no atendimento da população.

A equipe irá realizar avaliação multidimensional rápida, exame clínico apropriado a todos os idosos acompanhados pelo médico e a enfermagem, além de solicitar exames complementares aos idosos com atraso na realização os quais

terão priorização no laboratório do município. Vamos a priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia da UBS para todos os idosos acompanhados com doenças crônicas, com intervenção dos gestores de saúde municipal será necessário fazer uma listagem dos medicamentos mais frequentes usados pelos usuários de saúde. Com ajuda dos ACS temos cadastrados todos os idosos com problemas de locomoção ou acamados e a equipe realizará as visitas domiciliares a todos eles para isso precisaremos informar aos gestores para garantir o transporte. A equipe odontológica será responsável de realizar a avaliação de necessidade odontológica e realizar a primeira consulta odontológica aos idosos. Também vamos a precisar do esfigmomanômetro e glicômetro para rastrear doenças como HAS e DM nos idosos. Precisaremos fazer 12 atendimentos semanais para atingir a meta proposta pela intervenção .

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Ao final das 12 semanas de intervenção realizamos um balanço geral das atividades previstas no cronograma de atividades, fazendo uma análise crítica das facilidades ou dificuldades que encontramos para desenvolver as ações, quais ações não foram desenvolvidas e os seus motivos. E o que a equipe fez e ainda vai fazer para dar continuidade a ação programática e elevar a qualidade de vida da pessoa idosa da área da UBS.

Ao início da intervenção a equipe conversou sobre as atividades programadas na intervenção, em particular sobre as atribuições de cada profissional na implementação das ações. E sobre as capacitações tendo como instrumento orientador o Protocolo de Atenção à pessoa idosa. As ações desenvolvidas pela equipe incluíram capacitações as equipes para o cadastramento dos usuários idosos com hipertensão e/ou diabetes, sobre o conhecimento dos protocolos da UBS e estabelecemos o papel de cada profissional envolvido, assim como o papel dos ACS na busca ativa de faltosos a consultas. Foram feitas três capacitações ao longo do primeiro mês da intervenção e todos os membros da equipe participaram, trabalho esse que estimulou os trabalhadores da saúde na realização das atividades e ações de atenção do idoso. Uma das principais dificuldades é a área ser uma zona rural que traz dificuldades para a mobilidade dos idosos até a unidade de saúde.

Com a implementação da intervenção cadastramos todos os idosos da área, priorizando o agendamento do atendimento para esse público, a avaliação de forma integral, incluindo o atendimento odontológico. Essa atividade recebeu comentários positivos por parte dos idosos, que antes não tinham a oportunidade de acompanhamento em saúde bucal. Conseguimos a participação e adesão da

comunidade, de grupos de apoio como NASF e CAPS, coordenadores, gestores de saúde e a integração da equipe. Os motivos de priorização do atendimento da pessoa idosa foram sempre informados à população que sempre se mostrou muito receptivos e compreenderam a importância de avaliação dos idosos, e a importância de implementar ações para cada dia melhorar a saúde dos idosos, com a necessidade do apoio de todos para facilitar o desenvolvimento do trabalho. Todas as semanas a equipe se reunia para avaliar as dificuldades encontradas, uma estratégia para chegar até ao final da intervenção com excelentes resultados não somente nos indicadores, mas também a satisfação da comunidade e principalmente dos idosos.

Durante a realização da intervenção as fichas foram preenchidas da seguinte forma: os idosos cadastrados sem doenças ou hipertensos e diabéticos eram identificados já no momento da escuta inicial e eram preenchidos dados pessoais, antropométricos, aferição de PA e hemoglicoteste, procedimentos estes realizados pelo profissional de enfermagem. Depois eram encaminhados ao médico para dar continuidade ao atendimento. Contamos com ajuda de moradores das comunidades para fazer o transporte de alguns idosos até à unidade de saúde. Os atendimentos foram realizados também nas visitas domiciliares, para usuários moradores de áreas de difícil acesso e domiciliados/acamados, que sempre contamos com o transporte garantido pelos gestores. Implementamos com ajuda dos gestores municipais e líderes comunitários um grupo de atividades educativas, onde incluímos os familiares cuidadores para orientar quanto a cuidados gerais, alimentação saudável, prática sistemática de atividade física entre outros temas. Também atualizamos os prontuários, colocamos em dia os exames complementares, oferecemos caderneta de saúde da pessoa idosa a todos os idosos da área atendidos até o momento.

Ao final da intervenção todas as atividades previstas foram realizadas, algumas com o grau de dificuldades maior que outras. No acompanhamento dos usuários acamados às vezes a visita não era realizada como o previsto no cronograma devido a dificuldades com o transporte dos profissionais de saúde, mas todos os idosos acamados foram avaliados no seu lar. A principal dificuldade foi como avaliar esses usuários quanto às necessidades odontológicas e de saúde bucal, mais a equipe traçou estratégias com o dentista da área, assim conseguimos

fazer as visitas domiciliar juntos para elevar a qualidade da saúde bucal nos idosos. Até agora o dentista continua fazendo as visitas com a equipe saúde da família e os idosos acamados e os familiares cuidadores agradecem muito a iniciativa.

Outro aspecto que às vezes atrapalhou o trabalho foram as restrições de acesso e disponibilidade de medicamentos para os usuários com doenças crônica como diabetes, hipertensão e asma. Mesmo com essas limitações de acesso aos medicamentos da farmácia básica, a secretaria de saúde conseguiu fazer uma parceria com as farmácias populares do município, onde os usuários com a receita do médico da unidade e a caderneta de saúde conseguiam os medicamentos a preços mais baixos e às vezes até de gratuito. Com respeito ao atendimento odontológico mesmo com prioridade no atendimento, ao início apresentamos muitas dificuldades para conseguir a adesão dos idosos, especialmente por conta do deslocamento de áreas distantes até o serviço odontológico na unidade principal de saúde da cidade. Mas com a ajuda do gestor municipal de odontologia conseguimos fazer um trabalho intensivo em cada microárea com a clínica móvel, e ainda a ajuda dos ACS trabalhando na busca ativa dos idosos faltosos à consulta programada de odontologia. Essas estratégias surtiram efeito, pois tivemos resultados positivos no desempenho em saúde bucal.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as ações foram desenvolvidas pela equipe, mesmo que algumas tenham enfrentando limitações. Embora a maioria das atividades propostas tenha sido cumprida integralmente, tivemos algumas atividades parcialmente realizadas, como as consultas odontológicas, devido a dificuldades iniciais logo superadas. Mas com a continuidade do trabalho e confiantes que também seguiremos recebendo o apoio dos gestores municipais, em breve iremos conseguir desenvolver totalmente as atividades.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Com respeito à coleta e sistematização dos dados não encontrei nenhuma dificuldade seguindo as orientações do curso o do orientador.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

As ações previstas estão em processo de incorporação à rotina do serviço, pois existe um bom cadastramento dos usuários idosos diabéticos e hipertensos, com uma boa avaliação integral deles, demonstrado pela evidente melhora na qualidade da atenção. Além disso, temos conquistado que todos os profissionais participem ativamente na avaliação de cada usuário. Todos estes resultados da intervenção estão sendo informados para a coordenadora da UBS, assim como informamos qualquer dificuldade ou carência com os recursos.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A ação programática de atenção à saúde da pessoa idosa foi implementada na UBS Dico Leopoldino com usuários da zona rural de Brejo da Onça no período de abril a junho de 2015, visando a melhoria da atenção com a ampliação da cobertura, qualidade e sistematização do acompanhamento, identificando usuários de risco, aperfeiçoamento do registro das informações, e radicalização da educação popular em saúde. Prevista inicialmente para ser desenvolvida em quatro meses, a intervenção durou três meses.

A UBS tem uma população de 1.975 habitantes residentes na área de abrangência, desses 276 pessoas são pessoas idosas (60 anos ou mais). Na intervenção conseguimos acompanhar 178 idosos no programa, resultando em 64,5% de cobertura ao final do terceiro mês.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso.

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

INDICADOR 1: Número de idosos cadastrados no programa .

O trabalho de intervenção ampliou a cobertura da atenção programática aos idosos da área adstrita da UBS ao longo dos três meses. A cobertura foi 18,1% (n=50) no primeiro mês, 38% (n=105) no segundo e 64,5% (n=178) no terceiro mês, ficando abaixo da meta estabelecida de 100% (Figura 1). A meta foi audaciosa para

ser atingida num período curto, principalmente na situação específica de redução do período planejado de quatro para três meses. A equipe participou ativamente de todas as atividades em conjunto com a comunidade, estimulando a adesão dos idosos por meio de conversas, palestras, atividades educativas no âmbito da UBS e nos grupos de idosos formados nas distintas microáreas. Assim, todos compareceram às consultas agendadas, e conseguimos avançar e ampliar o atendimento e a cobertura dos idosos contemplados no projeto.

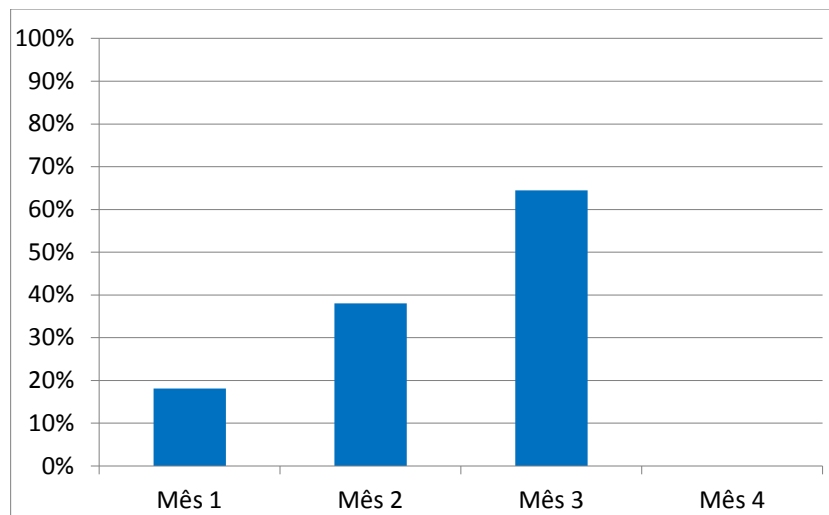


Figura 1 – Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na UBS Dico Leopoldino, São Miguel do Tapuio - PI, 2015.

Objetivo 2: Qualidade(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.

A equipe se preparou para melhorar a qualidade da atenção das pessoas idosa residentes na área de abrangência da unidade. Assim conseguimos realizar a avaliação multidimensional rápida de 100 % dos idosos acompanhados a cada mês, 50, 105 e 178 idosos. O resultado foi fruto do trabalho efetivo e sistematizado

executado por toda equipe, melhorando a atenção à saúde da pessoa idosa, inclusive a história psicossocial, história das doenças atuais, índice de massa corporal, exame físico geral, avaliação dos pés e pulsos pediosos e tibiais posteriores.

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

Realizamos consulta com exame físico completo em 100% dos idosos acompanhados, 50 no primeiro mês, 105 no segundo e 178 no terceiro mês. Seguir adequadamente o protocolo e o roteiro da ficha-espelho foi uma condição para o atendimento de qualidade, com interrogatório e exame físico completos a cada um dos idosos atendidos em busca de conhecer o estado de saúde para assim detectar possíveis fatores de risco e prevenir doenças. Esse resultado foi fundamentado no trabalho em equipe, e na clara definição de atribuições de cada trabalhador.

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

INDICADOR 2.3: Número de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Solicitamos exames complementares de 100% dos idosos hipertensos e ou diabéticos em todos os meses da intervenção, alcançando 28 no primeiro mês, 68 no segundo e 105 no terceiro mês. Embora a equipe tenha enfrentado algumas limitações ao início da intervenção, pois alguns idosos tinham dificuldades para o traslado até a unidade de saúde, mas depois com ajuda dos ACS conseguimos atingir o proposto. É importante salientar que solicitamos exames complementares a todos os idosos acompanhados, e não somente os hipertensos e diabéticos.

META 2.4: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos idosos.

INDICADOR 2.4: Número de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular.

Outra ação realizada foi à priorização da prescrição de medicamentos da Farmácia Popular aos idosos com demanda de tratamento, e todos os idosos hipertensos ou diabéticos têm prescrição de medicamentos da farmácia popular, pois assim contribui com a sua economia já que o medicamento é gratuito. Às vezes a disponibilidade não foi boa mais os gestores municipais em parceria com as farmácias do município lograram oferecer os medicamentos a preços baixos ou até de graça, o que facilitou a melhoria no cumprimento do indicador. No primeiro mês receberam a prescrição de medicamentos da farmácia Popular 56% (n=28) do total de idosos com prescrição de medicamentos da farmácia popular, no segundo mês aumentamos para 64,8% (n=68) e no terceiro mês diminui um pouco para 59% (n=105) idosos, mas sem obter 100% no indicador. Cabe salientar quem nem todos os idosos demandam tratamento medicamentoso.

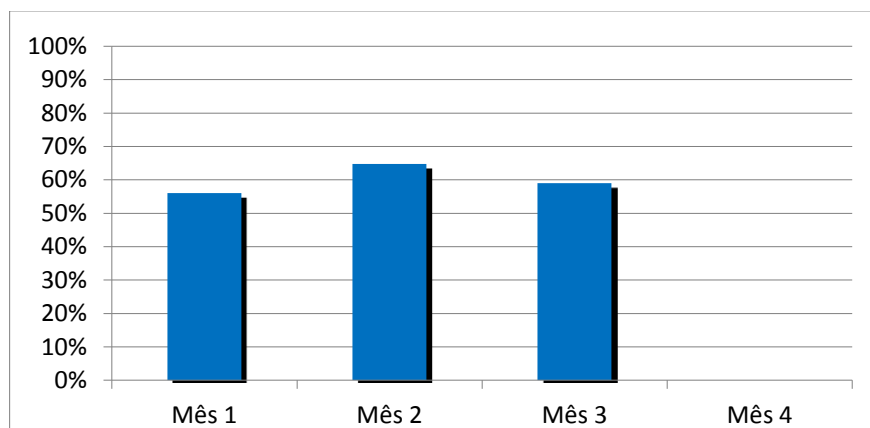


Figura 2: Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada na UBS Dico Leopoldino São Miguel do Tapuio - PI, 2015.

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

INDICADOR 2.5: Numero de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa.

Todos os idosos acamados ou com problemas de locomoção foram cadastrados ao longo dos três meses, alcançando a meta de estabelecida de 100%. Graças ao apoio dos gestores municipais que facilitaram a disponibilidade do transporte e ao trabalho dos ACS. Assim conseguimos cadastrar no primeiro mês 4 idosos, no

segundo foram 8 idosos e no terceiro mês foram 13 idosos, todos com problemas de locomoção.

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

INDICADOR 2.6: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção que receberam visita domiciliar.

Ao longo dos três meses todos os idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados receberam visita domiciliar, sendo fundamental o apoio dos gestores, garantindo transporte para sua realização, e dos ACS. Foram 4 visitas no primeiro mês, 8 visitas no segundo e ao final do terceiro mês 13 visitas o que representou o 100 % dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados e visitados pela equipe.

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

INDICADOR 2.7: Número de idosos com medida da pressão arterial na última consulta.

Foi realizada a verificação da pressão arterial na última consulta em todos os idosos acompanhados para rastrear Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) em cada um dos três meses 50, 105 e 178 resultando em 100%. Verificando o total de idosos de nossa área de abrangência cadastrados no projeto de intervenção apresentando um resultado ótimo nesse indicador. A definição de atribuições e a capacitação tornaram essa ação muito tranquila em ser realizada.

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

INDICADOR 2.8: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes

Foram rastreados para diabetes mellitus todos os idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmhg ou com diagnóstico de HAS. Foram no primeiro mês 28 idosos rastreados, no segundo mês 68 idosos atingindo 105 idosos hipertensos ou com pressão arterial acima de 135/85 mmhg cadastrados até final da intervenção. Ao longo dos três meses da intervenção o indicador foi cumprido num

100%. Com ajuda de todos os profissionais da equipe que trabalhamos na intervenção.

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

INDICADOR 2.9: Número de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Ao início da intervenção no primeiro mês avaliamos 100% (n=50) dos idosos em suas necessidades de atendimento odontológico, no segundo mês devido a conseguimos 98,1% (n= 103) e no terceiro mês aumentamos para 98,9% (n=176), mas sem obter 100% da meta. Para o alcance dos resultados começamos a traçar estratégias para elevar a qualidade do atendimento odontológico graças a receptividade do odontologista da equipe e com ajuda do gestor de odontologia municipal, e no terceiro mês conseguimos levar a clínica móvel mais perto das microáreas e dos usuários para garantir a avaliação. O atendimento odontológico pela clínica móvel teve boa aceitação e continuamos levando a clínica móvel até as comunidades. É importante dizer que a equipe de saúde da família cumpre um papel nessa avaliação, sendo necessária a capacitação de todos nessa ação.

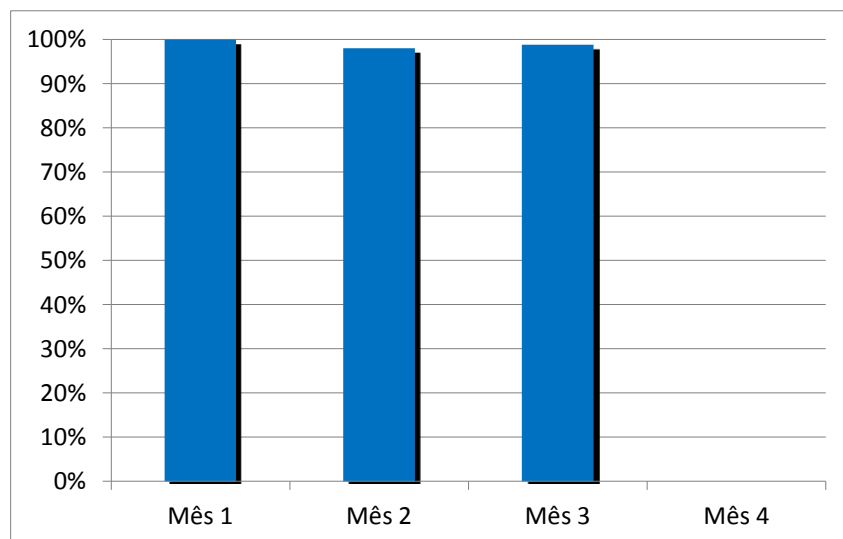


Figura 3: Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Dico Leopoldino São Miguel do Tapuio - PI, 2015.

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

INDICADOR 2.10: Número de idosos da área de abrangência na UBS com primeira consulta odontológica programática.

Este indicador teve um comportamento semelhante ao indicador de idosos avaliados em quanto à necessidade de atendimento odontológico. Em nossa área só temos uma unidade de saúde com equipamentos odontológicos e nas demais microáreas só há atendimento quando agendamos a clínica móvel até às comunidades. No primeiro mês tiveram a primeira consulta odontológica programática em 100% (n=50) dos idosos, no segundo mês foram 98,1% (n=103) e no terceiro mês 98,9% (n=176), de modo que a meta não foi plenamente atingida. Em particular devido à diminuição do tempo para a realização da intervenção, e porque tivemos alguns idosos com total ausência dos dentes ou que usavam prótese dentária, mas que nesses casos não apresentavam lesões na cavidade oral.

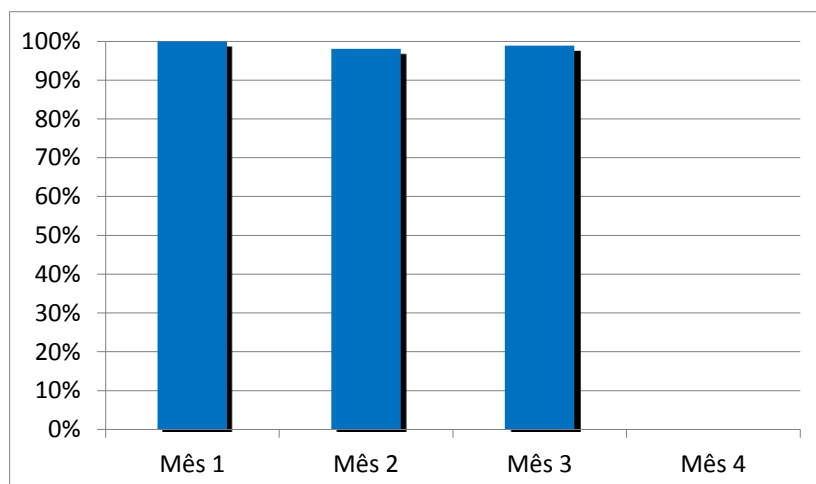


Figura 4: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programada na UBS Dico Leopoldino São Miguel do Tapuio - PI, 2015.

Objetivo 3: Adesão (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

A equipe fez busca ativa de 100% dos idosos faltosos. Durante a intervenção tivemos apenas no primeiro mês 6 idosos faltosos a consultas, no segundo mês foram 12 idosos e no terceiro mês 18 idosos faltosos a consultas. A busca ativa teve como principal agente da equipe os ACS, que são os que têm melhor conhecimento

do território e dos líderes da comunidade, assim, todos idosos passaram pela consulta. A meta de 100% foi alcançada para este indicador.

Objetivo 4: Registro(Melhorar o registro das informações)

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

INDICADOR 4.1: Número de fichas de acompanhamento/espelho com registro atualizado.

Todos os idosos acompanhados tiveram seus registros iniciados ou atualizados, alcançando 100% da meta. Foram 50 no mês 1, 105 no mês 2 e 178 no mês 3 de idosos com registro específico no programa com fichas-espelho preenchidas nas consultas. Para assim melhorar o registro das informações durante a intervenção, além dos cadastros e registros que os ACS possuem da população. A organização do serviço e a definição de atribuições foram fundamentais para que a meta fosse atingida.

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

INDICADOR 4.2 Número de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa foi entregue a todos os usuários acompanhados, atingindo 100% da meta. Alguns idosos já tinham a caderneta, mas foi preciso entregar a maioria que não possuía o instrumento. E em alguns casos atualizamos e trocamos algumas que estavam em mau estado, mas para a maioria entregamos novas. Foram 50 no primeiro mês, 105 no segundo e 178 no final da intervenção. O que mais propiciou no cumprimento desta meta foi a união da equipe e o trabalho em conjunto com as lideranças nas comunidades.

Objetivo 5: Avaliação de risco (Mapear os idosos de risco da área de abrangência)

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

INDICADOR 5.1: Número de idosos rastreados quanto ao risco de morbimortalidade.

Na intervenção também avaliamos o risco de morbimortalidade de todos os idosos, alcançando a meta de 100%, sendo 50, 105 e 178 idosos cadastrados ao longo da intervenção. Ação muito importante, pois é indispensável rastrear as

doenças crônicas ou as complicações daquelas que já existem, incluindo valoração dos exames laboratoriais para a conclusão.

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

INDICADOR 5.2: Número de idosos investigados quanto à presença de indicadores de fragilização na velhice.

Como parte da sistematização do atendimento, todos os idosos foram investigados quanto à presença de indicadores de fragilização na velhice, sendo 50, 105 e 178 idosos representam 100% dos idosos cadastrados no programa ao longo dos 3 meses de intervenção. E foram avaliados quanto à presença de doenças crônicas ou terminais, risco de sofrer quedas, existência de mudanças nas atividades da vida diária, fatores psicológicos ou sociais, uso de medicamento e quantidade usada, ocorrência e frequência de hospitalização no último ano. Tudo isso para identificar possíveis fragilidades, já que é muito importante conhecer o risco de fragilidade dos idosos, pois favorece a equipe realizar ações de prevenção e promoção, para evitar ocorrências de deficiências ou outras doenças que dificultam o bem-estar das pessoas idosas.

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

INDICADOR 5.3 – Número de idosos com avaliação da rede social.

Ao o longo da intervenção foi avaliada a rede social de 50, 105 e 178 idosos nos respectivos meses de intervenção, atingindo o 100% dos idosos nos três meses, investigando, além dos dados pessoais, a escolaridade, situação econômica, estado civil, vínculo com a família e vizinhos, participação nas atividades sociais, quem cuida de sua alimentação, roupas, limpeza do domicílio, quem cuida deles, quem cuida de suas finanças, dados que foram referidos pelos próprios idosos ou por seu responsável. O resultado foi que é baixa a participação nas atividades comunitárias, e a maioria é analfabeta, quase todos moram junto ou perto da família, que cuida e controla suas finanças.

Objetivo 6: Promoção da saúde (Promover a saúde dos idosos)

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

INDICADOR 6.1: Número de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis

Ao longo dos três meses da intervenção todos os idosos, respectivamente 50, 105 e 178 receberam orientações para hábitos alimentares saudáveis, mediante palestras, conversas e atividades de grupo para ajudar a melhorar seu estado de saúde e evitar a obesidade, e outras alterações de doenças crônicas como hipertensão arterial e diabetes mellitus. Essas atividades foram realizadas em parceria das equipes saúde da família e NASF.

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

INDICADOR 6.2: Número de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Todos os idosos acompanhados em cada um dos três meses, 50, 105 e 178, receberam orientação sobre a prática regular de exercícios físicos, o qual é muito importante para evitar o sedentarismo e combater as doenças cardíacas, mediante palestras, conversas e ações nos grupos de idosos, com a participação e apoio da equipe do NASF, preparador físico e fisioterapeuta.

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

INDICADOR 6.3: Número de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal

Os idosos acompanhados a cada mês da intervenção, 50, 105 e 178, orientação sobre cuidados de saúde bucal, incluindo sobre próteses dentárias, alcançando a meta de 100%. Para evitar doenças bucais mesmo que não tenham dentes nem próteses, com ajuda do odontólogo da equipe que sempre mostrou o interesse pela intervenção.

A implementação das ações planejadas no projeto de intervenção foi possível devido à boa integração da equipe com a comunidade, mediante o conhecimento oferecido nas capacitações que a equipe recebeu durante a intervenção, trabalho em conjunto com os familiares e resto da comunidade. A

certeza de quanto mais possibilidades de cuidar de saúde melhor a qualidade de vida e por isso que é importante a orientações para a promoção de saúde aos idosos e assim garantir um envelhecimento ativo e saudável.

4.2. Discussão

O serviço conseguiu aumentar a cobertura da ação programática de atenção à pessoa idosa, com ou sem doenças crônicas, nos três meses de intervenção. A equipe obteve relevante e consistente qualificação do cuidado, com destaque para a classificação de risco, solicitação de exames complementares em dia, rastreamento de doenças crônicas, acompanhamento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção e atenção à saúde bucal. Além de tornar eficiente o registro das informações correspondentes ao estado de saúde de cada usuário, inclusive com a entrega e uso da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, favorecendo o monitoramento e avaliação das ações e atividades realizadas. No transcurso da intervenção temos alcançado muitas coisas, o primeiro e mais importante foi a disposição de cada integrante da equipe em participar efetivamente da implementação das atividades da intervenção. E ao executar o trabalho de modo integrado, observamos que a equipe tem ficado mais unida, melhorando a comunicação dentro da equipe e com a comunidade. As ações de educação em saúde se somam ao acompanhamento clínico, trazendo oportunas orientações de saúde, contribuindo para a autonomia e autocuidado das famílias e usuários. A equipe realizou várias ações nas comunidades que potencializaram a disseminação de informações, conversando sobre temas diversos que contribuem para envelhecer com saúde.

A intervenção oportunizou a capacitação de todos os profissionais da equipe de saúde sobre conteúdos e linhas de conduta clínica de acompanhamento da saúde dos idosos, segundo recomendações e protocolo do Ministério de Saúde. Tal como, políticas na atenção à saúde dos idosos, promoção de saúde, alimentação e medidas higiênicas das pessoas idosas, importância das atividades físicas na idade avançada, saúde bucal, entre outros temas, que ajudaram a elaborar o conhecimento de todos os trabalhadores da saúde para lidar e cuidar com práticas de atenção específicas e adequadas a esse grupo etário, com paciência e amor, esta atividade promoveu o trabalho integrado. No caso dos ACS com o apoio de

lideranças comunitárias, visitaram idosos para informar a consulta e assim aumentar a cobertura da atenção, participavam na busca ativa dos idosos faltosos e se agendava novamente a consulta. Todos faziam acolhimento e colaboravam para a realização as palestras ajudando a promover saúde. O técnico de enfermagem ou enfermeiro preenchia os dados gerais das fichas de espelho e aferiam os sinais e medidas dos idosos, o cadastro e as consultas, avaliação, exame físico e orientações eram feitos pelo médico. Com o trabalho em equipe com otimismo, entusiasmo, e dedicação obtivemos alcançar maior organização do processo de trabalho.

A intervenção gerou maior organização e planejamento do serviço, oferecendo acolhimento fundamentado nas atribuições de todos os integrantes da equipe, que realizaram atividade para melhorar e viabilizar os atendimentos, e nesse caso, os ganhos não foram somente para os idosos, senão também para toda a população. Um processo de trabalho sistematizado e incorporado no dia a dia da unidade permitiu atender aos idosos, e sem deixar de consultar ao resto da população. Esta intervenção reviu as atribuições da equipe e viabilizou a otimização da agenda para a demanda programada e espontânea.

O conjunto de ações e atividades trouxe resultados positivos para a comunidade, mediante a abordagem de temas relacionados com a prevenção, que permitam aos idosos se manterem ativos e com um bom estado de saúde, oportunizando mais qualidade de vida na terceira idade. A intervenção teve um bom impacto o qual é bem percebido pela comunidade, os idosos demonstraram satisfação com o atendimento nas consultas e atividade educativas, e a comunidade entendia o porquê da prioridade no atendimento para este grupo. Por conta do período curto de intervenção, ainda temos idosos residentes na área de abrangência, sem cadastramento no programa, mas a equipe continua trabalhando para obter o cadastramento total.

Se eu tivesse a oportunidade de reiniciar a intervenção nesse momento, envolveria ainda mais os gerentes da saúde, principalmente o coordenador de odontologia, disciplina que a equipe apresentou maior dificuldade. A idéia seria a participação mais ativa da equipe de saúde bucal, em solucionar as dificuldades desde o primeiro momento. Limitações que dependiam apenas da equipe Saúde da Família foram resolvidas sem problemas ao longo da intervenção, como por

exemplo, quando alguém se ausentava por algum problema pessoal e tinha alguma ação que correspondiam a essa pessoa eram realizadas por outras. No final desta intervenção percebo que a equipe está mais unida, mais integrada, e como pretendemos seguir a intervenção incluída na rotina do serviço, será possível incrementar ajustes para aperfeiçoar atividades do programa.

A intervenção está incorporada à nossa rotina diária do serviço. Pretendemos manter esta cobertura nas consultas de seguimento segundo o Ministério de Saúde, planejamos continuar com as visitas aos acamados ou com problemas de locomoção que precisarem para seu seguimento adequado, continuaremos fazendo ações de promoção nos grupos de idosos, em igrejas e no âmbito da UBS. Também pretendemos aumentar a formação dos grupos de idosos para realizar atividades de saúde onde continuaremos fomentando os conhecimentos sobre alimentação saudável e atividade física e saúde bucal, que são fatores muito importantes para conquistar uma vida mais longa, saudável e com qualidade. Continuaremos o trabalho para que a comunidade siga motivada a cuidar de sua saúde, inclusive nas consultas, em especial os de alto risco. Também pretendemos coletar as fichas-espelho para monitorar todos os indicadores sobre as atividades realizadas.

Para melhorar a atenção à saúde no serviço, pretendemos solicitar os protocolos dos diferentes programas de saúde que não temos na UBS para fazer capacitação periódica a todos os membros da equipe, e depois poder fazer intervenção nos demais programas de saúde. Continuar trabalhando com qualidade nos acolhimentos, consultas, visitas domiciliares como até agora para depois tomando como exemplo este projeto implantar outros programas na UBS.

5. Relatório da intervenção para os gestores

No mês de abril do ano de 2015, foi iniciada uma intervenção em saúde, que duraram 12 semanas, com o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos idosos da área da Unidade de Saúde Dico Leopoldino. A equipe realizou algumas ações na perspectiva de aumentar a adesão e o envolvimento da população, de modo que realizamos reuniões com os líderes das comunidades para dar conhecimento sobre as pretensões com o trabalho, solicitando o apoio e ajuda para unir esforços junto com os ACS para fazer a busca ativa de idosos faltosos ou outras atividades que dessem eficiência à ação programática, incluindo o cadastramento de usuários.

A ação programática ampliou a cobertura, incorporando eficiência na qualidade da atenção às pessoas idosas. Em três meses, o serviço conseguiu acompanhar 178 idosos, alcançando a cobertura de 64,5%. E 100% dos idosos acompanhados receberam atenção qualificada em acordo com protocolo do Ministério da Saúde, com avaliação multidisciplinar rápida, avaliação e solicitação de exames apropriados em dia, cadastramento e visitas domiciliares para 100% de idosos acamados ou com problemas de locomoção, e atividades educativas de orientação sobre alimentação saudável e prática regular de atividade. Também conseguimos realizar a distribuição da caderneta de saúde para 100% dos idosos.

Antes de iniciar também pactuamos o apoio do gestor municipal e os gerentes da saúde, coordenadores de enfermagem, odontologia, e do NASF, com a disponibilização de materiais e insumos necessários a implementação das atividades, assim como garantir o transporte para as visitas domiciliares. Esse apoio também se traduziu na disponibilidade das fichas-espelho e cadernetas da saúde de idosos. Como a saúde bucal era um dos nós a ser desatada para garantir à qualidade da atenção a pessoa idosa, apresentamos a proposta de intervenção à equipe de odontologia da unidade, conversando sobre a possibilidade do

atendimento priorizado aos idosos. Assim, foi acordado reservar duas vagas para os idosos a cada dia dos atendimentos odontológicos. A intervenção transcorreu com a participação integrada dos integrantes da equipe que repercutiu na boa adesão dos idosos. A união da equipe foi muito importante nesse processo de melhorar a saúde dos idosos, favorecendo o estabelecimento de estratégias de ajuste e readequação dos trabalhos.

Tivemos algumas dificuldades que influenciaram de maneira negativa, como o problema com a disponibilidade da clínica móvel odontológica para ir até às comunidades mais distantes e de difícil acesso. Condição que conseguimos resolver a tempo de conseguir melhorias nos indicadores ao final da intervenção. A capacitação da equipe nas linhas de conduta para o acompanhamento da pessoa idosa baseada em protocolo de atendimento foi uma atividade estratégica e imprescindível para a qualificação do processo de trabalho da equipe e organização do serviço. E as reuniões de monitoramento e avaliação das ações fortaleceram o trabalho realizado pelo serviço, permitindo a programação de novas atividades e a correção de outras.

A intervenção já está incorporada à nossa rotina de trabalho, vamos a manter a capacitação sobre temas de promoção de saúde dos idosos para a equipe e para as comunidades, incluindo os próprios idosos com o aumento da formação de grupos de Idosos. Bem como estreitar o trabalho em compasso e apoiada pelo gestor e gerentes de saúde, facilitando a solução de possíveis deficiências. Além disso, é importante haver integração de toda equipe, líderes da comunidade e gestores para planejamento e cumprimento das ações encaminhadas para melhorar a saúde dos idosos.

Para os gestores este projeto de intervenção também tem sido muito importante na medida em que com a comunidade expressa satisfação com suas demandas atendidas e resolvidas. Assim, torna-se um ponto a favor, pois denota que o trabalho realizado está sendo positivo e frutífero. Estamos motivados e com vontade de continuar e ampliar a lógica da intervenção às demais programáticas.

6. Relatório da intervenção para a comunidade

Iniciado no mês de abril, o trabalho para melhorar os cuidados com as pessoas idosas beneficiou os moradores que pertencem à unidade de saúde Dico Leopoldino que fica situada na zona rural de Brejo da Onça, no município de São Miguel do Tapuio, estado do Piauí. Para isso melhoramos a forma de trabalhar em equipe e a organização do serviço, com a capacitação e atualização de conhecimentos e práticas para o melhor atendimento clínico e de educação em saúde da pessoa idosa. A equipe acompanhou de perto os idosos em situação de risco de adoecer ou morrer, estimulando práticas de cuidado à saúde em atividades de educação.

No início da intervenção, o secretário de saúde do município se comprometeu a dar todos os recursos que garantissem o adequado atendimento da população. E a equipe teve um encontro com alguns líderes da comunidade para dar conhecimento sobre o conjunto de ações que seria realizado, pedindo o apoio e a colaboração ao trabalho dos agentes comunitários de saúde no convencimento dos idosos a realizarem consultas de acompanhamento na unidade de saúde. Uma preocupação do serviço foi levar cuidados em saúde na residência dos idosos acamados ou com problemas para andar

Em três meses de trabalho, dos 276 idosos residentes na comunidade, 178 foram acompanhados. E conseguimos fazer avaliação da saúde de todos esses usuários, com especial atenção aos idosos com hipertensão e/ou diabetes e priorizando a prescrição de medicamentos de fácil acesso para todos. A equipe pediu exames de sangue para todos os idosos atendidos, com ou sem essas doenças, inclusive atendendo aos 13 idosos da área acamados ou com problemas para se locomover. E ainda conseguimos fazer a avaliação da saúde da boca e o primeiro atendimento com o dentista para quase todos os idosos acompanhados pela UBS. Todos os idosos atendidos receberam a caderneta do idoso, facilitando o

registro e acompanhamento de todas as ações que o usuário realizava como a avaliação de fragilidade na velhice e da rede social do idoso (familiares, amigos, cuidadores). Todos os idosos e/ou familiares ou cuidadores receberam orientações sobre alimentação, atividade física e higiene da boca.

Todas essas ações são muito importantes para a comunidade, pois foi um aprendizado para os idosos, mas também para os trabalhadores de saúde da UBS, valorizando o cuidado da saúde e a prioridade de grupos que estão no momento de maior fragilidade da saúde. A comunidade também teve participação na organização nos agendamentos das consultas, assim foi diminuindo os atendimentos sem agendamento desnecessários. Moradores da comunidade tiveram a oportunidade de falar suas opiniões, contribuindo para a melhoria do serviço e satisfação com os atendimentos realizados pela equipe.

A comunidade ganhou muito com essa intervenção, pois a relação do serviço com os moradores é muito mais próxima, hoje sabem muito mais sobre o que acontece na unidade de saúde. As atividades programadas fazem parte da rotina de nosso serviço, com a prioridade do atendimento aos idosos, que recebeu o apoio da população. Tudo deu tão certo, que o serviço já começou a prestar o mesmo tipo de atendimento a outros grupos de moradores da área da UBS.

A comunidade desenvolve um papel fundamental no apoio aos trabalhadores da saúde para melhorar a atenção à saúde na UBS, cooperando no cumprimento e adequação de rotinas, compartilhando a responsabilidade no plano terapêutico e de cuidados à saúde, aderindo a atividades programadas pela equipe de saúde, os cuidadores apoiando os idosos, inclusive acompanhando nas consultas. É muito importante a participação e o apoio da comunidade fundamentalmente no apoio da execução das atividades dos ACS para obter um atendimento mais organizado.

6. Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

O curso de especialização em Saúde da Família foi uma nova experiência para mim. No início foi muito difícil, mas com a ajuda dos orientadores do curso tudo foi se tornando mais simples e motivador, e estou muito grato pela ajuda e a compreensão oferecida ao longo dos meses de trabalho. O curso disponibilizou de forma muito organizada e clara todas as orientações que possibilitaram ao aluno realizar as tarefas semanais das diferentes unidades. Com isso desenvolvi mais habilidade e conhecimentos sobre a prática médica aqui no Brasil, com suas peculiaridades nos tratamentos e seguimentos de algumas doenças e grupos. Esse aprendizado foi consolidando nas práticas em saúde realizadas no serviço e no território, incorporando assim uma nova forma de trabalhar, a qual é bem assimilada pela equipe. Muito interessante a elaboração dos estudos de práticas clínicas e os casos clínicos interativos, muito bem elaborados, para a aprendizagem dos alunos. Além da oportunidade de aprender a língua portuguesa.

Com o início do curso foram muitas as expectativas que aumentavam a cada semana de tarefa realizada, pois sempre que aprendia uma nova atividade desejava implementar na UBS, e que foram colocadas em prática com a ajuda da equipe. Com estudo das quatro unidades, em particular com a intervenção, adquiri mais capacidades e habilidades para desenvolver o trabalho na Atenção Básica, trazendo mudanças no serviço prestado na unidade e no processo de trabalho da equipe, daí a importância e o grande significado para mim, a equipe e comunidade. As diferentes tarefas do curso, inclusive a implementação de uma ação programática específica e sistematizada, ajudaram-me a conhecer os problemas das comunidades onde trabalhamos e que eu não conhecia em toda a sua profundidade, principalmente as condições de saúde da pessoa idosa que foi o tema que eu desenvolvi. Agora existe um vínculo maior entre a equipe e a comunidade mediante

a participação ativa da população em nosso trabalho e onde tentamos resolver os problemas que afetam a saúde da população.

Minha prática profissional também teve melhoras, pois com o curso minhas práticas foram aperfeiçoadas, tornando-me melhor preparado em atenção primária à saúde no Brasil. Depois de todos os temas que foram estudados a equipe se mostra melhor preparada, com mais conhecimentos, e também está mais organizada e capacitada para prestar cuidados de qualidade aos usuários e desta forma pode garantir a melhoria da saúde da população cumprindo com os princípios fundamentais da saúde. Além de respeitar os direitos de cada usuário de saúde.

Bibliografia

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acessado em 22 set 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Informações de saúde, demográficas e socioeconômicas. População residente. Censos, Contagem e projeções intercensitárias. Brasília: DATASUS/MS. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/poptpi.def>>. Acessado em 22 set 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de atenção básica: envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2007

BRASIL. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso. 1. ed. 2. reim. Brasília, DF, 2003. p. 13.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Bucal. A reorganização da saúde bucal na atenção básica. Divulgação em Saúde para Debate. Rio de Janeiro, v. 21, p. 68-73, dez. 2000.

BRASIL. Senado Federal. Constituição da República Federativa do Brasil. Texto promulgado em 05/out/1988. Brasília, D.F, 2006. p. 33.

ANEXOS

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gestal 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 B- Planilha de coleta de dados

Digite apenas nas células em VERDE.

Número total de idosos (adultos de 60 ou mais anos de idade) residentes na área	366
---	-----

OBSERVAÇÕES
 Considere apenas os idosos residentes na área de abrangência da unidade de saúde. Você pode obter este dado do cadastramento do SIAB ou, se não puder obter este dado diretamente, pode usar uma estimativa - ver observações para a célula C20.

	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
Número total de idosos residentes na área e acompanhados no programa de Saúde do Idoso				

OBSERVAÇÕES
 Considere apenas os idosos residentes na área de abrangência da unidade de saúde que frequentam o Programa de Saúde do Idoso. Você pode obter este dado contando as fichas do Programa / fichas espelho / fichas sombra. Se você não tem um Programa de Saúde do Idoso em sua unidade de saúde, considere os idosos que são atendidos em sua unidade de saúde. Você pode localizar estes idosos a partir das Fichas de Atendimento Ambulatorial (FAA) ou Livro de registro dos atendimentos da unidade de saúde.

	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
Número total de idosos residentes na área que estão acamados				

Digite aqui o número de idosos acamados ou com dificuldade de locomoção de acordo com sua realidade. Se não souber, pode usar uma estimativa, um número aproximado, obtido abaixo, na célula C25. Se usar esta estimativa, lembre-se de digitar nas células C15, D15 e E15.

***Estimativa de idosos no território**

População total	3953
-----------------	------

Digite a população total nesta célula de acordo com sua realidade e a estimativa de idosos será calculada automaticamente e mostrada na célula C22. Utilize este número se você não dispõe de dados cadastrais. Lembre-se que você precisa de um denominador (real ou estimado) para o cálculo dos indicadores.

Estimativa de idosos (10% da população total)	395
---	-----

Este seria o número total estimado de idosos residentes no território, utilizado para os indicadores. Utilizou-se uma estimativa de 10% da população total da área.

Estimativa de idosos acamados ou com dificuldade de locomoção (8% dos idosos)	32
---	----

Este seria o número estimado de idosos residentes no território acamados ou com dificuldade de locomoção. Utilizou-se uma estimativa de 8% da população de idosos. Ele será utilizado como denominador para o indicador Z.5.

Planilha coleta de dados - Marina (2).xls [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel

Indicadores de Saúde do Idoso - Mês 4																
Dados para coleta	Número de idosos	Nome do Idoso	Idade do Idoso	O idoso é acamado ou tem problemas de locomoção?	O idoso acamado ou com problemas de locomoção recebeu visita domiciliar?	O idoso teve a verificação da pressão arterial na última consulta?	O idoso está com glicemia superior a maior que 150(mmol/L) ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica?	O idoso hipertense foi rastreado para diabetes?	O idoso teve primeira consulta odontológica programada?	O idoso acamado ou com dificuldade de locomoção recebeu visita domiciliar odontológica?	O idoso falou à consulta programada?	O idoso que falou à consulta recebeu buccovírus?	O idoso com a Avaliação Multidimensional Rápida em dia?	O idoso com exame clínico apropriado em dia?	O idoso é hipertenso e/ou diabético?	O idoso hipertenso e/ou diabético está com relação de exames complementares pontuais em dia?
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
1	85			1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1
2	75			1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1
3	52			0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1
4	65			1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1
5	62			1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1
6	60			1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1
7	52			0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1
8	67			1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1
9	74			0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1
10	75			1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1
11	69			1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1
12	74			0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1
13	60			1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1
14	64			0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1
15	52			0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1
16	60			1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1
17	68			1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1
18	30			1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1
19	56			1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1
20	30			0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1
21	86			1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1
22	83			1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1
23	76			1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1
24	71			1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1
25	71			1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1
26	85			1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1
27	84			0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1
28	53			1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1
29	66			1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1
30	72			1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1
31	80			1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1
32	56			1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1
33	82			1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1
34	86			1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1
35	80			1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1
36	75			0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1
37	80			0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1
38	65			0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1

Anexo C-Ficha espelho

FICHA ESPELHO ATENÇÃO A PESSOA IDOSA

Data do ingresso no programa __/__/____ Número do Prontuário: _____ Cartão SUS _____

Nome completo _____ Data de nascimento: __/__/____ Telefones de contato: _____/_____/_____

Endereço: _____ Precisa de cuidador? () Sim () Não Nome do cuidador _____

Problemas de locomoção?() Sim () Não É acamado (a)?() Sim () Não HAS?() Sim () Não DM?() Sim () Não Possui a Caderneta da pessoa idosa?() Sim () Não

Estatura: ____ cm / Perímetro Braquial: ____ cm Osteoporose? () Sim () Não Depressão?() Sim () Não Demência? () Sim () Não. Se sim, qual? _____

O idoso tem avaliação de risco para a saúde bucal?() Sim () Não Data da primeira consulta odontológica: __/__/____

AValiação MULTIDIMENSIONAL RÁPIDA DA PESSOA IDOSA (NORMAL OU ALTERADO)

Data	Nutrição	Visão	Audição	Incontinência	Ativ.sexual	Humor/ Depressão	Cognição e memória	MMSS	MMII	Ativ. diárias	Domicílio.	Queda.	Rede Social

CONTROLE DAS VISITAS DOMICILIARES AOS IDOSOS ACAMADOS OU COM PROBLEMAS DE LOCOMOÇÃO

Data	Profissional VD	Data	Profissional VD	Data	Profissional VD	Data	Profissional VD