

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



Trabalho de Conclusão de Curso

Melhoria da atenção à saúde dos idosos na UBS Santa Rosa, Apodi-RN

Osleidy Planche Bron

Pelotas, 2015

Osleidy Planche Bron

Melhoria da atenção à saúde dos idosos na UBS Santa Rosa, Apodi-RN

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

Orientadora: Suyane de Souza Lemos

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

B869m Bron, Osleidy Planche

Melhoria da Atenção à Saúde dos Idosos na UBS Santa Rosa, Apodi-RN / Osleidy Planche Bron; Suyane De Souza Lemos, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

94 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. Lemos, Suyane De Souza,
orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este projeto de intervenção a minha querida filha Yesenia Rodriguez que é o motivo de minha vida.

Agradecimentos

A minha equipe de trabalho pela ajuda, compreensão e amor 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 minhas orientadoras no transcurso do curso: Elisiane Bisognin e Suyane de Souza Lemos, pela dedicação e amor de cada umas delas, que com sua ajuda consegui chegar a concluir este projeto.

Resumo

PLANCHE, Bron Osleidy. **Melhoria da atenção à saúde dos idosos na UBS Santa Rosa, Apodi-RN.** 2015. 94f. 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 é um fenômeno mundial que envolve variados aspectos, biológicos, econômicos, culturais, educacionais e psicológicos. 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. A Unidade Básica de Saúde, localizada na comunidade rural Santa Rosa, tem 2555 pessoas na área adstrita, 636 famílias. A população estimada é de 247 idosos residentes na área de abrangência. A unidade tem todos os idosos cadastrados. Essa população apresenta doenças crônicas como hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. A adesão dos idosos tem melhorado muito nos últimos meses devido à permanência da equipe na área, assim como as ações que fazemos para envolver aos idosos em nossas programações. Os idosos acamados ou com problemas de locomoção são atendidos nas visitas domiciliares. São planejadas ações específicas para este grupo na programação de trabalho da unidade. A superação de determinadas dificuldades enfrentadas pelos idosos passa por sua maior inserção nas atividades rotineiras da comunidade. A equipe tem implementado um grupo de ações de promoção de saúde para melhorar e elevar a qualidade de vida da pessoa idosa. Com o envolvimento de todos os profissionais da saúde a intervenção pretendeu melhorar o atendimento das pessoas idosas, aumentando o grau de implementação da cobertura do atendimento clínico. Na intervenção conseguimos incluir 250 idosos no programa resultando em 100%. Deles 106 são do sexo feminino e 149 do sexo masculino. A classificação de risco das pessoas idosas, assim como, a identificação dos sinais de fragilização na velhice e a presença ou não de uma rede social, têm sido cruciais para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos nos agendamentos de acompanhamentos nos serviços da UBS. Podemos perceber relevantes conquistas a partir da análise dos resultados obtidos, com o alcance de boa parte dos objetivos e metas anteriormente traçados proporcionando uma qualificação integral na atenção à saúde aos idosos da área. Para nossa equipe, esta intervenção realizada neste período teve muita importância, porque no “eixo da qualificação da prática clínica”, conseguimos capacitar todos os profissionais da saúde sobre temas relacionados com a saúde dos idosos. Nossa intervenção teve muita importância para a comunidade, contribuindo para o engajamento público, mediante as ações realizadas pudemos abordar temas relacionados com a prevenção, que permitam aos idosos se manter ativos e com um ótimo estado de saúde, e que possam ter qualidade de vida na terceira idade. Os idosos demonstraram satisfação com o atendimento nas consultas, nas palestras, e a comunidade entendia o porquê da prioridade no atendimento para este grupo.

Palavras-chave: Saúde da família; Atenção Primária à Saúde; Saúde do Idoso; Envelhecimento; Assistência Domiciliar; Saúde Bucal

Lista de Figuras

Figura 1	Fotografia da UBS Santa Rosa antiga	13
Figura 2	Fotografia da UBS Santa Rosa nova.	13
Figura 3	Quadro de distribuição e idosos segundo faixa etária de idosos que participaram da intervenção.	71
Figura 4	Programa de atenção à saúde do idoso na UBS Santa Rosa, Apodi-RN.	69
Figura 5	Prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada na UBS Santa Rosa Apodi-RN.	71
Figura 6	Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados na UBS Santa Rosa Apodi-RN.	72
Figura 7	Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar na UBS Santa Rosa Apodi-RN.	73
Figura 8	Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programada na UBS Santa Rosa Apodi-RN.	75
Figura 9	Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa na UBS Santa Rosa Apodi-RN.	78

Figura 10	Fotografias de visitas domiciliares a idosos com dificuldades motoras.	88
Figura 11	Fotografias de visitas a idosos que moram em lugares de difícil acesso	88
Figura 12	Fotografias de atividades no grupo de idosos	88
Figura 13	Fotografias de atendimentos a idosos na UBS.	89
Figura 14	Fotografia de atendimento no grupo de idosos no sitio agua fria.	89
Figura 15	Fotografias de atendimento no Sitio Santa Cruz	89

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS - Agente comunitário da Saúde

DM - Diabetes Mellitus

ESB - Equipe de Saúde Bucal

ESF - Estratégia da Saúde da Família

HAS - Hipertensão arterial sistólica

NASF- Núcleo de Apoio a Saúde da Família

RN - Rio Grande do Norte

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

Sumário

Apresentação	9
1 Análise Situacional	100
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	122
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	255
2 Análise Estratégica	277
2.1 Justificativa.....	277
2.2 Objetivos e metas.....	29
2.2.1 Objetivo geral.....	29
2.2.2 Objetivos específicos e metas	29
2.3 Metodologia.....	311
2.3.1 Detalhamento das ações	311
2.3.2 Indicadores	544
2.3.3 Logística.....	59
2.3.4 Cronograma.....	611
3 Relatório da Intervenção.....	622
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	622
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	655
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	655
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	655
4 Avaliação da intervenção.....	66
4.1 Resultados	66
4.2 Discussão.....	77
4.3 Relatório da intervenção para gestores.....	79
4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	82
5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	824
Referências	85
Apêndices.....	87
Anexos.....	90

Apresentação

O volume deste trabalho de especialização em saúde da família é requisito parcial para a obtenção do título de especialista em saúde da família pela Universidade Federal de Pelotas/RS em parceria com a Universidade Aberta do SUS(UNA-SUS), com início do curso em agosto do 2014 com termino em novembro do 2015. Durante este período realizamos uma intervenção em saúde na UBS Santa Rosa, Apodi-RN com o objetivo de melhorar a saúde dos idosos em nossa UBS.

Este volume está dividido em 05 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 realizamos a análise dos dados obtidos e proporcionamos aos gestores e à comunidade o produto da intervenção e 5 – 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 Osleidy Planche Bron, médica cubana do Programa “Mais Médicos”. Cheguei ao Brasil em novembro e moro em o município Apodi-RN. Hoje quero falar sobre a situação da Unidade Básica de Saúde (UBS) onde eu trabalho. Minha UBS se chama Santa Rosa, localizada na comunidade com o mesmo nome. Até o momento não tenho UBS, pois está em construção e será inaugurada em setembro. No momento estou numa casa, na mesma localidade, que não tem as condições de uma UBS, mais é por pouco tempo.

Trabalhamos de segunda a sexta, tenho cinco pontos de apoio, os quais são atendidos com periodicidade, apesar das dificuldades, existentes enquanto a estrutura do unidade em que trabalho. Minha equipe de saúde é formada por um licenciado de enfermagem, duas técnicas de enfermagem, sete agentes comunitários de saúde (ACS), um médico odontológico, uma auxiliar de dentista, dois auxiliares de limpeza e eu, médica especialista em medicina geral.

Fazemos o possível para manter as consultas em dia, com boa atenção médica, qualidade nas consultas, vacinas, preventivos e demais, porém não temos as condições adequadas, no momento pelo motivo anteriormente citado sobre o aguardo de inauguração da nova UBS. A mesma já está terminada só falta os móveis, possui boa estrutura, consultório ventilado, iluminado e com privacidade. Apresenta as sinalizações, sala para os prontuários, sala de reuniões, almoxarifado, farmácia, sala de recepção adequada para os usuários, sala de vacinas, nebulização, curativo, cozinha, banheiro para usuários, outro pra os funcionários. Enfim, uma construção nova e boa em todos os sentidos.

Com relação ao processo de trabalho, faço dois horários com bom fluxo de usuários, os quais são atendidos com carinho, paciência, qualidade que eles merecem e com o humanismo que nos caracteriza. Trabalhamos de segunda a sexta feira, além de oito horas por semana para este curso de especialização. Fazemos dois horários de trabalhos, os quais os dedico a consulta para a população de lactantes, grávidas, doenças crônicas, deficientes físicos e mentais, preventivos, consultas nos pontos de apoio, que são lugares muito longe da comunidade e de difícil acesso, visitas domiciliares, entre outros. Sem esquecer as palestras, ação que gosto muito, pois os usuários aprendem, conhece e se orientam, acerca das doenças, sua prevenção e possível manejo, entre outras coisas.

Fazemos o plano de trabalho aos finais do 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 existe 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.



Figura 1 UBS Santa Rosa antiga.



Figura 2 UBS Santa Rosa nova.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Apodi, município brasileiro do Estado Rio Grande do Norte, localizado na região da Chapada do Apodi, na microrregião da Chapada do Apodi, na mesorregião do Oeste Potiguar e no Polo Costa Branca, sua população é de 37 000 habitantes. Área territorial de 1 602 km². Foi emancipado de Portalegre através da Resolução do Conselho Geral da Província do Rio Grande, sendo o segundo maior do Estado em tamanho territorial.

Em relação ao sistema de saúde local, a gestão do sistema é realizada pela Secretaria Municipal de Saúde e está estruturada por um centro de saúde e nove UBS, das quais duas são tradicionais localizadas na área urbana e sete são com Estratégias de Saúde da Família (ESF) localizadas na área rural. Há estruturado um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que funciona na cidade e prestam atenção a todo o município. Também possui estruturado um Centro Especializado de Odontologia (CEO), onde realiza-se próteses dentárias, Raio X, tratamento de canal, pequenas cirurgias, entre outros.

Há disponibilidade de atenção especializada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no próprio município para especialidades como cardiologia, gineco-obstetrícia, pediatria e gastroenterologia, outras especialidades têm atendimento em

Mossoró como ortopedia, nefrologia, oftalmologia, neurologia entre outros. Os encaminhamentos e agendamentos a referenciadas às especialidades demora muito, dificultando o acesso das pessoas aos serviços, apesar de muitas vezes serem situações de urgência e emergência.

Existe um hospital regional no município chamado Hélio Morais Marinho, com atendimento 24 horas, e com serviço de cirurgia onde são realizadas cirurgias de hérnias, vesícula, apendicites, histerectomia, e pequenas cirurgias (lipomas, verrugas entre outras). Neste local são atendidos a população do município e de município vizinhos. Possui serviço de Raio X, eletrocardiograma, Laboratório de Análises Clínicas para alguns exames laboratoriais, outros são feitos numa clínica com prévio agendamento pelo Sistema Único de Saúde. Exames mais complexos como tomografia computadorizada, ressonância magnética, mamografia e outros são feitos no município de Mossoró ou Natal.

Existe também uma maternidade chamada Claudina Pinto com atendimento 24 horas em ginecologia, onde realizam-se partos, cesáreas, períneo, salpingectômicas entre outras. Existe um SAMU que brinda serviço pré-hospitalar 24 horas.

Cheguei no município em dezembro do 2013 e desde então trabalho na UBS que se chama Santa Rosa, localizada na comunidade com o mesmo nome. Tem vínculo com o SUS, e com instituições de ensino. A unidade de saúde está desativada, pois era uma atividade muito antiga com mais de 40 anos. Está em funcionamento em uma casa alugada enquanto está sendo construída a nova unidade de saúde, que oferecerá maior qualidade e privacidade no trabalho de saúde.

A unidade tem como estratégia de atenção a ESF, funciona dois turnos de trabalho diário em 40 horas semanais. As atividades de ensino são vinculadas ao Programa Educação para o Trabalho em Saúde PET-Saúde nas áreas de ensino superior como enfermagem, medicina, odontologia. As característica da população de abrangência da unidade configure-se em 2555 habitantes e abrange várias comunidades (Santa Rosa um, Santa Rosa dois, Agua Fria, Lagoa Rasa, Ameno, Baixa Grande, Carpina, Caboclo, Cápua, Conversa, Canoa, Carrinho, Grosso, Pedra de Agua, Salgado, Arcão, Pitombeira, Rapé, Mucambu, Traira, Sucupira, Marreco, Prado, Santa Cruz um, Santa cruz 2) divididos em 5 unidades de atendimento

denominadas Cápua, Arcão, Carpina, Santa Cruz um, e Santa Cruz dois, assistindo uma vez ao mês.

A equipe é composta por um enfermeiro, duas técnicas de enfermagem, um odontólogo, uma técnica de saúde bucal, sete agentes comunitários de saúde, dois auxiliares de serviço gerais e uma médica clínica geral. A nova UBS que está sendo construída tem uma estrutura física ampla, uma sala de espera que é a mesma recepção, dois consultórios sem sanitário (um para o atendimento médico e o outro para o atendimento odontológico), uma sala de vacina e nebulização, uma para curativo, uma para farmácia, uma cozinha, dois sanitários para os usuários e um para nós a equipe de saúde.

Ao estudar o Manual de Estrutura das Unidades de Saúde, identifiquei que há algumas deficiências na nova unidade como não tem sanitário nos consultórios e existe um só para todos os funcionários e está longe do local de atendimento, pois fica na cozinha. Não tem sala para esterilizar o qual dificulta o trabalho pois haverá a necessidade de deslocamento até a cidade para realizar os procedimentos de esterilização dos materiais. Não existe sanitário para deficientes, mas os sanitários construídos são suficientes grande para que eles acessarem o espaço sem problemas com cadeira de roda, UBS tem corrimãos e rampas para sua melhor entrada a UBS e um espaço adequado na sala de espera para eles.

Quanto aos equipamentos e instrumentais a UBS está carente de balança para criança, autoclave, cabo de bisturi, estufa, geladeira para vacinas, material para sutura, microscópio, megascópio, oftalmoscópio, pote para coleta de escarro entre outros. Os quais são muito importantes para meu trabalho. Em quanto a odontologia, o instrumental está completo, faltando apenas a autoclave e alguns instrumental. Os agentes comunitários de saúde possuem limitações, pois tem dificuldades com o transporte, carência de um computador para fazer e enviar informações de seu trabalho.

Existe um sistema de manutenção e reposição de equipamentos, instrumentos, mobiliário, material de consumo, revisão de calibragem de esfigmomanómetro, mas não tem uma periodicidade definida. Não há instrumentos de comunicação (internet, telefone, câmeras, impressora, gravador de som) que são de muita utilidade em as atividades de promoção, prevenção, dinâmicas e palestras nas comunidades. Há sete agentes comunitários de saúde, os quais não tem

materiais e equipamentos necessários para a realização de suas atividades nem meios de locomoção disponíveis.

A situação do abastecimento de materiais e insumos para as atividades da UBS é regular e adequada, porém observa-se falta o fio de sutura e materiais para pequenas cirurgias. Destaca-se que o algodão, álcool, esparadrapo, gaze, lâminas de vidro entre outros são suficientes para nosso trabalho, igual que o consultório de odontologia.

Agora uma grande dificuldade que temos é carência de medicamentos. Esta situação, que limita a atenção integral, pois a atenção a saúde torna-se fragmentada, levando atenção médica a lugares distantes das cidades. Quando oferecemos o tratamento para a doença e não temos medicamentos disponível nas UBS sendo que quase sempre eles não têm dinheiro nem para pagar o transporte até à cidade. Esta é limitação para os usuários e para toda equipe pois não podemos oferecer uma atenção qualificada que tanto precisam.

As limitações identificadas têm significado negativo para a UBS e para o usuário. Os medicamentos que mais dificultam a atenção a saúde são os antibióticos e os para tratamento de doenças crônicas como, hipertensão arterial sistólica (HAS) e diabetes mellitus (DM) como, captopril, Enalapril, Losartana, Glibenclamida entre outros. Os outros medicamentos não são enviados a UBS, o usuário precisa deslocar até o centro de saúde do município mesmo assim não é garantido que o medicamento seja disponibilizado pois há falta frequente no estoque.

Como característica da comunidade observa-se baixa taxa de gravidez na adolescência e doenças de transmissão sexual. Há um bom abastecimento de insumos como preservativos e anticoncepcionais. São realizadas palestras na comunidade para que aprendam a importância dos cuidados adequados.

Na unidade não é realizado teste rápido de gravidez, HIV, sífilis. Somente é realizado glicemia capilar. As vacinas são disponibilizadas uma vez na semana devido a falta da geladeira. Neste dia são oferecidas as vacinas contra hepatites B, meningocócica, influenza, tetravalente, febre amarela, e tríplice bacteriana e demais vacinas que compõe o calendário de vacinação.

Os exames laboratoriais são realizados uma vez por semana na UBS. Após consultar na unidade e ter a requisição dos exames, os usuários deslocam-se a unidade central do SUS para marcar a data da coleta. A coleta é agendada para mais de uma semana de espera. Depois de realizados, demoram para a entrega dos

resultados de 20 a 35 dias o qual dificulta o diagnóstico precoce. O mesmo acontece com as referências para os especialistas que demoram.

Há carência de deslocamento dos usuários até os serviços hospitalares e especializados, no caso das referências para os hospitais, quando é uma urgência ou emergência é necessário usar o mesmo carro de transporte da UBS, pois não há outro meio de transporte.

Na unidade, não há livros nem materiais didáticos. Estão disponíveis alguns protocolos do Ministério da Saúde que são referência para organização dos atendimentos.

A equipe participa no processo de territorialização da área, identificando grupos prioritários, famílias e indivíduos de riscos assim como os grupos de agravo, realizando cuidados em saúde, no domicílio, nas escolas, nas associações, igrejas entre outros. Realizamos cuidado domiciliar para os usuários que necessitam de cuidados como, curativos, orientações, verificar a pressão arterial, consulta médica, enfermagem, aplicação de medicamentos tanto oral como injetável, vacinas entre outras.

Entre as ações de saúde, a equipe realiza a busca ativa de doenças e agravos crônicos prioritários e de notificação compulsória. São também realizadas atividades de grupo como adolescentes, aleitamento materno, planejamento familiar entre outros, promovendo também a participação da comunidade. Há na unidade gerência dos processos de trabalho, oportunizando a atuação ativa de todos os integrantes da equipe nas atividades de qualificação profissional e de gestão em saúde local. Todas as atividades são organizadas, planejadas e discutidas em reunião da equipe. É estabelecido um plano de trabalho mensal. São organizadas, visitas domiciliares, ações educativas, identificação de problemas e plano de trabalho, organização do fluxo de trabalho.

Como fragilidade identifica-se a necessidade de maior participação da comunidade, o que tem sido modificado pouco a pouco. Também se identifica a necessidade de maior participação do odontólogo e técnica de odontologia pois também fazem parte da equipe, pois o odontólogo e a técnica de odontologia não trabalham na unidade básica.

O acolhimento do usuário é realizado por toda a equipe que participa desse acolhimento de forma humanizada, atendendo corretamente a todos os que procuram por qualquer motivo a UBS. É realizado todos os dias da semana nos dois

turnos de trabalho, identificando todas necessidades dos usuários que chegam a UBS. A equipe tem conhecimentos da avaliação e classificação do risco biológico e vulnerabilidade social para definir em caso necessário de encaminhamento.

No acolhimento, os usuários que não estavam previstos e tem a necessidade de atendimento são avaliados pela equipe de saúde, enfermeiro e técnica de enfermagem (injeções, curativos, feridas, vacinas, orientações, mostrar exames, controle da pressão arterial, entre outras), nos dois turnos de trabalho. A equipe oferece atendimento para os usuários que solicitam e quando há demanda para consultas, quando é urgência, mas não emergência solicitamos retornar outro dia porque há um fluxo intenso de usuários

Quanto ao atendimento sistemático de puericultura desde o nascimento da criança até os 72 meses de idade, este é disponibilizado um dia da semana, nos dois turnos, somente às crianças da área de cobertura. A puericultura é associada ao dia em que são disponibilizadas as vacinas, assim facilitamos o acesso da população aos dois atendimentos. A puericultura é realizada pelo médico e pelo enfermeiro, com ajuda da técnica de enfermagem e dos agentes comunitários de saúde.

O atendimento de puericultura é baseado Protocolo de Puericultura do ministério da Saúde e inclui exame físico completo, atualização das vacinas, orientações nutricionais e de aleitamento materno, curva de peso, altura, entre outros. Além dos acompanhamentos de puericultura, existem algumas demandas para atendimento de problemas de saúde agudos, mas em menor quantidade (como nos casos de catarro comum, diarreias, micoses entre outras). O excesso das demandas das crianças sempre é atendido.

As ações incluem como promoção, prevenção e tratamento de problemas clínicos gerais, de saúde bucal e mental, imunizações, prevenção de anemia, promoção de aleitamento materno e outros, mediante palestras, dinâmicas e orientações realizadas pela equipe nas escolas, igrejas, na UBS e outros.

Os atendimentos são registrados nos prontuários das crianças, formulário especial de puericultura, odontologia e vacinas, e são guardados no arquivo específico que é revisado pela médica ou pelo enfermeiro, quinzenalmente, para verificar crianças faltosas, com atraso de vacinas, identificar crianças com risco e assim, avaliar a qualidade do programa. Em cada consulta solicita-se a caderneta da criança para preencher as informações. Além de explicar ao responsável sobre

alimentação adequada, curva de crescimento, sinais de risco e chamar atenção sobre a próxima vacina.

Temos também o bolsa de família, onde o enfermeiro e os agentes comunitários de saúde são os responsáveis pelo cadastramento, sendo que o enfermeiro envia as informações para a Secretaria Municipal de Saúde. Além do Bolsa de Família, também temos outros programas como SISVAN criança, saúde de ferro e de imunização. A equipe é, quem organiza e planeja o programa de puericultura através de reuniões mensais, porém não sido feitas avaliações as ações realizadas.

Com relação à cobertura das crianças menores de um ano atendidas na UBS, é baixa. Temos somente nove das 34 crianças menores de um ano estimadas que segundo a distribuição da população brasileira, mas trabalhamos para aumentar este indicador. O acompanhamento é realizado de forma adequada com atendimento clínico regular identificando as faltosas, atraso do teste do pezinho e triagem auditiva. Os problemas na puericultura se agravam na saúde bucal, devido problemas de distância do odontólogo da unidade (devido a que trabalhamos numa casa alugada e não existe capacidade para a cadeira odontológica, por enquanto o odontólogo trabalha numa UBS na cidade), e para melhorar a qualidade da atenção da saúde da criança, precisamos aumentar as ações de saúde de forma integral e, as buscas ativas.

Quanto ao atendimento de pré-natal e puerperal está organizado, uma vez por semana, durante os dois turnos através de agendamento. O atendimento é feito pelo médico e pelo enfermeiro da equipe, seguindo os protocolos de atendimento pré-natal. O número de gestantes da área que são acompanhadas na UBS é seis, sendo que todas elas iniciaram seu atendimento pré-natal no primeiro trimestre, o ideal para um adequado seguimento. Na primeira consulta são solicitados os exames laboratoriais preconizados, analisando as vacinas para atualizar a antitetânica e hepatite B, conforme protocolos e, realizar prescrição das vitaminas correspondentes.

O exame ginecológico completo é algo que não era feito porque o enfermeiro da equipe é do sexo masculino e havia resistência das gestantes destes procedimentos, mas é algo que a equipe está resgatando desde minha chegada. Também se orienta sobre alimentação saudável, aleitamento materno, atividades

físicas, riscos de tabagismo e uso de drogas. Fazem-se controle de câncer de colo de útero e mama, assim como planejamento familiar.

Toda equipe conhece os protocolos do atendimento pré-natal, preenche as informações e registra os atendimentos no formulário especial. A ficha de espelho das vacinas, as quais são guardados no arquivo especial para revisão semanal, com a finalidade de verificar gestantes faltosas e com datas de parto próximas. Com relação à atenção puerperal, é bastante aceitável, pois elas preocupam-se com suas revisões. Nos casos de parto cesáreo em que as casas ficam muito distantes da equipe, agendamos uma visita domiciliar na primeira semana de puerpério e, logo aos 42 dias elas assistem a consultas.

O estimado de gestantes residentes em nossa UBS é de 35, o qual são acompanhadas seis, sendo 17% do total. Mas quando eu comecei, só atendia duas, assim, considero um grande avanço ser 6 atualmente. Para mim, isto ocorre porque existem muitas famílias na cidade e como há muitas deficiências com as entregas dos exames laboratoriais, então elas vão à cidade, recebem os resultados em um ou dois dias e resolvem suas dificuldades.

Cabe dizer que seguiremos trabalhando para aumentar este indicador. Salienta-se que poucas gestantes acompanhadas, mas estas estão com bom seguimento, com pré-natal iniciado no primeiro trimestre e com seguimento em consultas, exames solicitados, vacinas antitetânica, ante HBS, suplementos vitamínicos, saúde bucal atualizado, conforme os protocolos. Há dificuldades do exame ginecológico completo, pois o local da unidade não existe privacidade adequada, mas depois de inaugurada a UBS, este será um indicador que iremos melhorar para o bem da saúde das grávidas e do bebê.

Em nossa UBS, o número estimado de partos nos últimos 12 meses é de 34, segundo o caderno de ações programáticas. As que fizeram consulta de puerpério na UBS foram 12, representando 32% do total. Como já tinha explicado, muitas fazem o controle na cidade depois do parto, pelo que é mais difícil resgatá-la. Por isso, geralmente só se faz o controle pré-natal nas gestantes que acompanham sua gestação na nossa UBS, as quais tem boa comunicação com a equipe, informando o dia do parto e assim, é possível fazer o seguimento adequado antes dos sete dias, garantindo o retorno delas em 30 e 42 dias.

Sobre os indicadores de qualidade do puerpério, o acompanhamento é adequado, pois recebem a consulta adequada antes dos 42 dias, com uma boa

orientação sobre os cuidados básicos do recém-nascido, aleitamento materno exclusivo (vantagens e desvantagens), os quais colocam em prática adequadamente, devido às visitas supervisionadas pela equipe. Para melhorar o processo de trabalho, ampliar a cobertura e melhorar a qualidade de atenção pré-natal, primeiramente cabe citar a inauguração da UBS. Assim, as consultas serão com maior privacidade, com a realização de exames físicos completos, assim com avaliação bucal.

Com relação à situação com o controle do câncer de colo uterino e câncer de mama está com baixos indicadores. Não existia controle de exames e monitoramento dos indicadores, identifica-se pouca realização das coletas de cito patológico, e associa-se ao pudor (as mulheres quer não realizar a coleta com o enfermeiro) mas com minha chegada estou resgatando este programa, então foi difícil o preenchimento dos dados do caderno de ações programáticas por não existir as informações. Estamos trabalhando para organizar os dados.

As doenças sexualmente transmissíveis representam um fator de risco importante para o câncer de colo uterino. É realizado orientações a todas as mulheres da área de cobertura sobre a importância do uso de preservativo em as relações sexuais, sobre o tabagismo como outro fator de risco importante para o câncer de mama.

Na unidade realiza-se a coleta do exame e citopatológico cada 15 dias ainda com baixa adesão das mulheres. Esta situação é agravada pela precariedade da unidade na estrutura física. A equipe organiza coleta no centro de saúde da cidade. Esta situação dificulta o acesso das mulheres devido à dificuldade de transporte. Os agentes comunitários de saúde, o enfermeiro e a técnica de enfermagem aproveitam o encontro com este grupo de mulheres para verificar a necessidade de realizar prevenção do câncer de colo de uterino. O rastreamento organizado segue os protocolos de prevenção de colo uterino e de mamas do Ministério de Saúde.

Fazem-se atividades com grupos de mulheres na UBS, nas escolas, igrejas ou outros espaços comunitários com a participação da equipe de saúde. A equipe investiga os fatores de risco para câncer de colo uterino em todas a mulheres que realizam a coleta em nossa UBS. Os dados das mulheres com exames cito patológico alterado são de difícil identificação, pois na UBS não tem registros de anos anteriores. Os registros acontecem, só deste ano, pois o enfermeiro é novo e não recebeu nenhum registro desse controle quando começo a trabalhar.

Agora nós temos um livro de registro onde fazem-se o controle dos resultados de exames, além do prontuário clínico. Portanto, os indicadores prevenção do câncer de colo uterino e de mamas estão muito baixos devido as barreiras que temos como a falta do local, pouca privacidade na unidade para realizar os exames, dificuldade de aceitação para realizar os exames devido as questões culturais e desconhecimento de população.

Quanto ao câncer de mama fazem-se ações para orientar a importância do peso adequado e as consequências da obesidade, mas a pessoas tem hábitos alimentares inadequados que necessitam de tempo para serem modificados. E destacado a necessidade de manter a vida saudável, importância da atividade física assim como evitar o consumo de álcool. É ressaltada a necessidade de realização de autoexame das mamas.

Quanto a realização do exame de mamas, o exame acontece durante o exame clínico, todos os dias seguindo o protocolo do Ministério de Saúde. O rastreamento é realizado durante as consultas, momento em que são solicitadas as mamografias. Há demora no acesso deste procedimento, o qual tem vezes não é feita devido à dificuldade de acesso. Algumas mulheres realizam pagamento com recursos próprio e pela demora pelo SUS. A equipe aproveita este encontro para orientar de outras ações e investigam fatores de riscos para câncer de mama nas mulheres de nossa UBS.

Organiza-se ações de controle do câncer de mama as quais são planejadas e reorganizadas pela equipe em as reuniões que acontece todos os meses. As ações são avaliadas pelos membros da equipe utilizando os prontuários e livro de registro como fonte de dados.

Em relação a HAS e ao DM, estas são doenças crônicas não transmissíveis consideradas controláveis com a adoção de medidas preventivas. Na UBS fazem-se ações de orientação de hábitos alimentares saudáveis, controle de peso corporal e estímulo á pratica regular da atividade física, dentre outras ações. Oriente-se sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool e o tabagismo. Fazem-se atendimento médico e de enfermagem para os adultos com hipertensão e diabetes todos os dias da semana, não existe um dia fixo, consultas de acompanhamento para seguimento, entrega de medicamentos controle de pressão arterial, medição de glicose entre outros.

Após a consulta cada usuário recebe a data do retorno com agendamento tentando seja a cada quatro meses. Coisa que antes de eu chegar não existia, mas por se tratar de uma patologia crônica há a necessidade de programar os retornos com segurança. Atualmente os atendimentos não seguem os protocolos para o atendimento para atenção de hipertensão e diabetes conforme o preconizado pelo Ministério da Saúde. As demandas mais comuns de problemas de saúde são sintomas agudos e as consultas de dislipidemia e hiperuricemia devido aos maus hábitos alimentares.

São desenvolvidas várias atividades em nossa UBS para o cuidado dos portadores desta doença como tratamento aos problemas clínicos em geral, de saúde bucal, saúde mental, alcoolismo, obesidade, sedentarismo entre outras. As demandas geradas por esta patologia são resolvidas na UBS. Não costumamos encaminhar a não ser uma emergência ou urgência que precise encaminhamento ao hospital ou serviço de pronto socorro, mas não retorna para a casa senão que se resolve ali esse mesmo dia pôr as complicações desta doença e sua repercussão.

Não existe arquivo específico para o registro dos atendimentos dos hipertensos e diabéticos, mas estamos trabalhando neste aspecto para organizar um arquivo para melhorar o manejo da comunidade com esta doença e para nos também pois facilita-se o trabalho. A equipe busca explorar atividades para explicar bem aos usuários reconhecer sinais de complicação da hipertensão e diabetes nas escolas, igrejas e na mesma UBS, com a participação da equipe de saúde e o grupo.

Nós mesmos somos quem planejamos as atividades na reunião que são realizadas uma vez ao mês onde programe-se o plano de trabalho do mês. Não existe pessoas que avaliam as atividades nos falamos para os superiores e sempre esperamos sua presença, mas isso não aconteceu. Gostaríamos que isso fosse possível pois é uma forma de união e aceitação por parte deles.

Quanto à DM o atendimento é realizado pelo médico e enfermeiro todos os dias da semana, através de consulta programada, com a participação dos agentes comunitários de saúde, após a consulta o usuário diabético tem a próxima consulta agendada. Os problemas de saúde agudo além das consultas programadas mais frequentes são dislipidemias e hiperuricemia além de infecções urinárias e vaginais no caso das mulheres. O excesso das demandas também se trata de resolver no dia que a pessoa procura atendimento.

Não existem protocolos de atendimento para pessoas com diabetes na UBS. Os atendimentos são registrados nos prontuários clínicos e não existe arquivos específicos para arquivamento. Temos realizado atividades educativas para o qual são realizadas atividades nas escolas, igrejas e na mesma UBS para explicar como reconhecer sinais de complicações, explicar a dieta adequada, cuidado dos pés entre outras. Estas, atividades são feitas por toda a equipe em conjunto com a comunidade. Planejamos, estas ações uma vez ao mês na reunião da equipe.

A forma de registro da UBS permitiu o preenchimento do caderno de ações programáticas foram os prontuários médicos. A estimativa do número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área parece adequada na realidade pois segundo a distribuição brasileira tenha que ter 486 e temos identificados 472 o que representa 93%. A equipe continua buscando a identificação de pessoas com diagnóstico que podem existir na população para alcançar 100% da estimativa. Destes, só existem 320 com estratificação de risco cardiovascular por critério clínico devido a que temos muitas pessoas que trabalham fora da comunidade. Semana toda ou todo dia e é difícil assistir as consultas pelas circunstâncias do trabalho, as pessoas não faltam ao trabalho por medo perdê-lo.

Frente a este contexto existem 134 usuários em atraso nas consultas médicas, nos exames periódicos, nas orientações sobre as práticas físicas, orientações nutricionais, alimentação saudável assim como avaliação da saúde bucal devido à falta de adequado acompanhamento médico por falta da assistência as consultas. Por isso A equipe tem buscado intensificar o trabalho para ampliar o acompanhamento médico de toda a população com esta doença crônica principalmente o sexo masculino, são os que menos buscam atendimento médico, mediante as palestras, dinâmicas de grupo, visitas domiciliares entre outras, ações que se fazem todos os dias tanto no âmbito da UBS como nas escolas, igrejas e outras instituições.

Quanto ao DM também foi possível preencher o caderno de ações programáticas com as informações do prontuário médico como fonte de dados, segundo a estimativa não coincidindo com a realidade pois devia ter 139 pessoas com diabetes maiores de 20 anos e só temos identificados apenas 121 o que representa um 87%. Destes só 100 assiste a consulta tendo o risco cardiovascular por critério clínico. O exame dos pés, palpação do pulso tibial, medida da sensibilidade dos pés e orientações da prática física atualizada com boa recepção

por parte deles. Existem 21 com atraso devido a trabalhar fora da cidade, o que dificulta a assistência na consulta médica por isso estão atrasados nos exames periódicos, nas orientações sobre prática de exercícios, orientações nutricionais entre outros.

A UBS tem atendimento de 247 pessoas idosas. É realizado todos os dias da semana nos dois turnos de trabalho através de consulta programada só para os idosos de nossa área de abrangência. Depois da consulta os idosos saem com a próxima consulta agendada. O atendimento por demanda para atendimento de problemas de saúde agudo não há, alguns procuram atendimento por demandas comuns como catarro comum, infecção urinária, dores articulares.

Não temos na UBS protocolos de atendimento para idosos, deficiência que informamos todos os meses pois é um documento muito importante para o manejo adequado das pessoas. Realiza-se muitas ações na UBS, como imunizações, promoção de atividades físicas, hábitos alimentares saudáveis, saúde bucal, saúde mental, diagnóstico e tratamentos de problemas clínicos gerais, de saúde bucal, alcoolismo, obesidade, entre outros, com boa participação deles pois os idosos da comunidade são muito alegres, tem desejos de saber e conhecer.

O atendimento dos idosos tem o registro no prontuário clínico, ficha de vacinas e não temos arquivo específico para os registros dos atendimentos, mas estamos trabalhando para organizá-lo para assim melhorar a forma de verificação dos idosos próximos ao retorno na consulta, identificar atrasos em procedimentos, vacinas, identificar idosos com riscos, entre outros. Eu avalio a capacidade funcional global do idoso em minhas consultas mediante o exame físico, explicando ao idoso e seus familiares como reconhecer sinais de risco de doenças como hipertensão, diabetes, depressão entre outras.

Não temos caderneta de idoso, acho importante para preencher informações atuais dos idosos, por isso informamos para a gestão, para que solicite. A equipe realiza atividades com grupos de idosos, nas escolas associações, igrejas e na mesma UBS. Temos um grupo de idosos em, que não participa 100% nas atividades pois existem muitos que moram longe e é difícil o traslado. Outros que possuem limitações motoras, mas os que participam são muitos ativos dinâmicos e sempre ao final da atividade levam para a casa uma nova experiência e conhecimento.

Acredito que as palestras, dinâmicas de grupos, entre outras atividades são muito válidas e tem aproximado a equipe da população. Nós realizamos cuidado domiciliar sempre que é identificado a necessita. Este cuidado é feito pelo médico, o enfermeiro, a técnica de enfermagem e os agentes comunitários de saúde. As ações dispensadas para os idosos são planejadas pela equipe nas reuniões feitas uma vez ao mês, momento em que se organiza um plano de trabalho, porém, mas não temos ninguém que avalie estas ações

Foi possível preencher o caderno de ações programática mediante os dados adquiridos do acompanhamento, prontuário clínico, registros específicos de pessoas com hipertensão e diabetes. A estimativa do número de idosos residentes na área, parece adequada com a realidade, segundo a distribuição da população brasileira tinha que ter 254 e temos 247 representando 97%. Acredito, que este percentual seja adequado. Continuaremos trabalhando na organização e pesquisa deste grupo da população também importante, pois os idosos são uma parte da população que precisa cuidados especiais, atenção, amor e dedicação.

Quanto a cobertura da saúde da pessoa idosa na UBS, 100% estão com avaliação multidimensional e acompanhamento adequado, avaliação do risco de morbidade, orientações nutricionais e de exercício físico, porém quanto a caderneta de idoso ninguém tem. Essa deficiência não depende da equipe, é um problema de gestão, infelizmente única coisa que podemos fazer é informar aos superiores para que se solicite.

Quanto a avaliação de saúde bucal só temos 23 % avaliado por o problema do déficit que temos de odontologia devido a situação da UBS, problema que ainda persiste, pois, a unidade está em funcionamento em uma casa, (local adaptado sem condições para prestar serviço de odontologia).

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

Depois de terminar o relatório de análises situacional da UBS Santa Rosa 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.

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 organiza a atenção seguindo as orientações preconizadas pelo Ministério da Saúde. As mudanças têm sido significativas, mas ainda precisamos trabalhar 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.

Ainda trabalho no local adaptado, precisamos da UBS nova para um atendimento completo no serviço de odontologia que ainda falta, mas 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

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. A avaliação funcional preconizada pela Política Nacional de Saúde da pessoa idosa e fundamental para determinar não só o comprometimento funcional da pessoa idosa, mas sua necessidade de auxílio, que é uma maneira de medir se uma pessoa é ou não capaz de desempenhar as atividades necessárias, para cuidar de si mesma.

O acompanhamento clínico e de promoção a saúde traz grande impacto no controle das doenças e para a saúde dos idosos, reduzindo a gravidade e a morbidade. Pode se identificar precocemente os sinais e sintomas que sugerem a instalação das síndromes, frente a eles e possível a adoção de medidas de intervenção específicas que contribuam para a eliminação ou o postergamento desse processo. A UBS localizada na comunidade rural Santa Rosa, tem 2555 pessoas na área adstrita e 636 famílias. A equipe está integrada por um médico, um enfermeiro, uma técnica de enfermagem, sete agentes comunitários de saúde, um dentista e uma técnica de higiene bucal.

Temos garantido o suporte vacinal com influenza para todos os idosos em todos os postos de atendimento e levamos até as casas quando fazemos as visitas domiciliares. Para fazer as visitas domiciliares contamos com transporte e motorista que garanta sempre a secretaria de saúde as visitas são realizadas de três em três meses para este grupo da população. A população estimada é de 247 idosos residentes na área de abrangência. A unidade tem todos os idosos cadastrados,

fazendo uma cobertura de 100%. Dados demográficos do município sugerem que a população de idosos possa ser um pouco maior do que estimada para a área adstrita.

Essa população apresenta doenças crônicas como hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM). A adesão dos idosos tem melhorado muito nos últimos meses devido a permanência da equipe na área, que estamos retomando todas as atividades e envolvendo cada dia mais aos idosos em nossas programações. Os idosos acamados ou com problemas de locomoção são atendidos nas visitas domiciliares, o acompanhamento dos idosos é realizado sem a referência de um protocolo de atendimento ao usuário na unidade.

São planejadas ações específicas para este grupo na programação de trabalho da unidade. A superação de determinadas dificuldades enfrentadas pelos idosos passa por sua maior inserção nas atividades rotineiras da comunidade. A equipe tem implementado um grupo de ações de promoção de saúde tais como palestras educativas, atividades de grupo onde fazemos a eles interatuar para saber quais são suas maiores preocupações e questionamentos do atendimento oferecido pelo pessoal da equipe estas ações já estão sendo desenvolvidas para melhorar e elevar a qualidade de vida da pessoa idosa.

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 dos sítios 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.

Os aspectos que vão a viabilizar a realização da intervenção é que contamos com transporte a tempo completo para nós no trasladar na área de abrangência contamos com uma equipe com todos os profissionais envolvidos no projeto e com o apoio dos gestores municipais. Espera-se ampliar, melhorar e manter 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 lograr 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, mas aqui os idosos não têm essa caderneta. A saúde das pessoas idosas tem muitos aspectos 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 Santa Rosa, Apodi-RN.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Relativo ao objetivo um Aumentar a cobertura de atenção à saúde dos idosos da área adstrita na Unidade Básica de Saúde (UBS) será estabelecida a seguinte meta:

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

Relativo ao objetivo dois Melhorar a qualidade da atenção à saúde dos idosos cadastrados na UBS serão estabelecidas as seguintes metas:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Relativo ao objetivo três Melhorar adesão dos idosos à atenção da saúde na UBS será estabelecida a seguinte meta:

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

Relativo ao objetivo quatro Melhorar os registros dos idosos cadastrados na UBS serão estabelecidas as seguintes metas:

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

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

Relativo ao objetivo cinco Realizar avaliação de risco em todos os idosos da área de abrangência da unidade, serão estabelecidas as seguintes metas:

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

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

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

Relativo ao objetivo seis: Realizar ações de promoção da saúde nos idosos da UBS serão estabelecidas as seguintes metas:

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na USF Santa Rosa, no Município de Apodi-RN. Participarão da intervenção 250 idosos de 60 anos e mais, que representam o universo de idosos de nossa área de abrangência.

2.3.1 Detalhamento das ações

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

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

MONITOREAMENTO E AVALIAÇÃO.

Monitorar o cadastramento de todos os idosos a área de abrangência para lograr uma cobertura de 100% de idosos cadastrados na área.

Detalhamento: a equipe realizara o cadastramento e registro de todos os idosos da comunidade.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

1 Registro de idosos.

Detalhamento: a médica especializada e a enfermeira faram o registro de pessoas idosos da área de abrangência.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

1.Orientar a comunidade sobre a importância deste cadastramento para lograr um melhor controle desta população.

Detalhamento: a médica especializada se reunira com o grupo de idosos para explicar a importância deste cadastramento para ter melhor controle e informação do total do grupo alvo.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

1. Capacitar os profissionais para o atendimento dos idosos com o protocolo adotado pela UBS

Detalhamento: informar e debater em cada reunião da equipe os protocolos adotados pela UBS para o atendimento dos idosos e a importância do cadastramento adequado e atualizado.

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.

AÇÕES.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

Monitorar nas reuniões da equipe as atribuições de cada profissional na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos da unidade de saúde.

A médica especializanda verificara que cada membro da equipe conheça sua Atribuição na Avaliação Multidimensional rápida.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS.

Realizar a Avaliação Multidimensional Rápida nos idosos.

Depois de acolhimento do paciente, a medica especializanda realizara Avaliação Multidimensional Rápida ao total de idosos cadastrados.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

1- Esclarecer as comunidades a importância de realizar Avaliação Multidimensional Rápida aos idosos.

Compartilhar com os usuários as condutas esperadas em cada avaliação para que possam exercer o controle social.

Detalhamento: Nas atividades de promoção de saúde, a medica especializanda ou a enfermeira vão esclarecer a comunidade a importância de realizar esta avaliação.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

1- Capacitação da equipe para realizar Avaliação Multidimensional Rápida de qualidade.

Detalhamento: Nas reuniões de equipe para avaliar como vá atividade da intervenção serão abordados pela média especializanda o tema de Avaliação Multidimensional Rápida, e se realizara depois demonstração de mesmo.

2- Capacitação à equipe para reconhecer complicações circulatória do paciente diabético.

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

AÇÕES.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

1- Monitorar a realização do exame físico clinico apropriado e integral completo, e não esquecer os pulsos tibial posterior e período e medir a sensibilidade a todos os diabéticos, cada três meses.

Detalhamento: verificar nas fichas espelho para idosos, a realização do exame físico apropriado. Se ainda não tiver feito, serão realizados minuciosamente exame por sistema e aparatos, com toma dos signos vitais ou sinais vitais, assim como medição dos pulsos período e tibial posterior nos diabéticos além da cavidade bucal e os pés, os pacientes que tenham alguma alteração, serão encaminhados para o especialista que precisar (exemplo, odontólogo ou outro).

2.Treinar a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida.

Detalhamento: Estabelecer a participação da equipe nas consultas dos idosos com o objetivo de criar habilidades para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

Garantir cadastro e registro atualizado de 100% dos idosos na Unidade e no SIAB; melhorar o acolhimento para os usuários com mais de 60 anos e garantir material e insumos para a assistência, inclusive o de fundo educativo.

Detalhamento: As ACS serão as encarregadas em atualizar e garantir o cadastramento de 100% dos usuários com mais de 60 anos e solicitaremos à Secretaria da Saúde os insumos e materiais de fundo educativo para a realização de palestras em encontros com os grupos de idosos que criaremos.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

Esclarecer as comunidades sobre a importância de realizar exame integral aos idosos.

Detalhamento: Nas atividades de promoção de saúde, esclarecer a comunidade a importância de realizar mesmo seja uma vez ao ano sim no tiver doenças e si tiver, realizar de três em três meses.

Aproveitar todos os seminários possível com a comunidade e explicar à importância destas avaliações para o diagnóstico e tratamento oportuno das doenças que podem trazer consigo uma diminuição da capacidade funcional dos idosos.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

1- Capacitação da equipe para realizar exame físico de qualidade.

Detalhamento: Nas reuniões de equipe para avaliar como vá atividade da intervenção serão abordados pela média especializada o tema de exame físico completo, e se realizar depois demonstração de mesmo.

2- Capacitação à equipe para reconhecer complicações circulatória do paciente diabético.

Detalhamento: será debatido o tema de complicações circulatórias do paciente diabético com a equipe em reunião de capacitação. Serão praticados entre os integrantes de equipe principalmente os agentes de saúde a medição dos pulsos período e tibial posterior.

Estabelecer a participação da equipe nas consultas dos idosos com o objetivo de criar habilidades para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida.

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

AÇÕES.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

Monitorar a realização de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e diabético.

Detalhamento: A equipe verificará a realização do exame complementares pelos idosos na ficha espelho, Serão solicitados os exames complementares de laboratório aos pacientes diabéticos e hipertensos que ainda não o fizeram, mas

tendo em conta as dificuldades que existe para realizar os mesmos, se aceitara os realizados a partir de setembro.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

A Equipe vai solicitar a Secretario de saúde a possibilidade de recursos humanos y materiais para realizar a coleta das mostras no posto de saúde, pela distância e pôr as idades dos pacientes e os agentes de saúde, explicarão no domicilio que aqueles idosos que tenham feitos exames neste período indicado por outro serviço de saúde será aceitado para avaliação.

Detalhamento: Serão solicitados pela doutora, exame complementares a aqueles idosos que não tenha feitos, e aos que nos resultados anteriores existam alteração, para assim fazer uma nova avaliação.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

1- Informar a comunidade da importância da avaliação periódica dos exames complementares periodicamente aos idosos

Detalhamento: Nas palestras, conversas e consulta que se realizarem, serão informada a comunidade a importância que tem avaliação dos exame complementares fundamentalmente, nos idosos diabéticos, com intervalo de período de até um ano.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

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

Detalhamento. 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/Hiperdia.

AÇÕES.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular / Hiperdia.

Detalhamento: Verificar na Farmácia Básica uma vez ao mês a disponibilidade de medicamentos para as unidades Básica de saúde segundo listado do programa "AQUI TEM" para doenças crônicas, principalmente programa Hiperdia. Também a médica especializanda realizará avaliação do tratamento atual dos idosos

com doenças crônicas e aqueles que utilizam medicamentos custosos, prescrever os que tenha o mesmo efeito terapêutico e que seja oferecido nas farmácias populares.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Detalhamento: Ao final de cada mês a enfermeira e os técnicos de enfermagem, realizarão revisão dos medicamentos que existe na unidade (quantidade, data de vencimento), para organizar e poder fazer a solicitude segundo as necessidades.

Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: Os agentes de saúde entregarão novo listado dos medicamentos que usa cada paciente com doenças crônicas, para atualizar o registro já existente na unidade.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

1. Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: Em conversas, visitas domiciliares, consultas médicas e palestras que se realizará, na unidade se orientará aos pacientes e a toda a comunidade a existência dos medicamentos para doenças crônicas e outros, e o direito deles para obter além de oferecê-los na própria unidade de saúde.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

1. Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: Será realizada uma reunião de capacitação para a equipe sobre os medicamentos da Farmácia Popula/ Hiperdia, para poder orientar melhor os pacientes.

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

AÇÕES.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

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

Detalhamento: verificar as fichas espelhos dos agentes de saúde cada quinta feira onde deverão informar quantos idosos continua acamados ou quantos tem tido problemas de locomoção, para atualizar cadastramento e planejar as visitas e outras ações de saúde para este grupo.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇOS.

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

Detalhamento: Se manterá atualizado o registro de idosos acamados o com problemas de locomoção que tem os agentes de saúde, para garantir o cumprimento das visitas programadas e consultas no domicilio de estes pacientes. (Um caderno com o registro de todos os pacientes acamados e com problemas de locomoção envolvidos no projeto com ajuda dos ACS).

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

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

Detalhamento: Será orientado em uma reunião, primeiro a equipe com gestores comunitários, depois com toda a população a existência do um programa de Atenção à saúde do idoso.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

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

Detalhamento: Será realizada uma reunião na UBS para capacitar os ACS onde será acordado metodologia para realizar o cadastramento de todos os idosos acamados ou com problemas de locomoção da área de abrangência.

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

AÇÕES.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

1. Monitorar realização de visitas domiciliária a idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: Fazer monitoramento das informações dos ACS entregues em cada semana verificando a realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção e Verificar em fichas espelhos as visitas realizadas pelo menos mensal, a idosos acamados ou com problemas de locomoção, para programar próximas ações de saúde.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

1. Organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: será realizada reunião com equipe de Saúde para programar as visitas aos idosos acamados ou com problemas de locomoção, pelos agentes comunitários de saúde e pela equipe completo al menos una vez ao mês.

AÇÕES.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

1. Orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar.

Detalhamento: se orientara a comunidade na sala de espera do posto de saúde, sobre as visitas que devem ser solicitadas aos domicílios.

2. Orientar a comunidade sobre a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: se realizará orientações a população durante as visitas e em salas de esperas do posto de saúde a disponibilidade das visitas domiciliar, para idosos acamados ou com problemas de locomoção.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

1. Orientar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: Será realizada uma reunião na UBS para capacitar os ACS onde será acordado metodologia para realizar o cadastramento e identificação de acompanhamento domiciliar de todos os idosos acamados ou com problemas de locomoção da área de abrangência.

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

AÇÕES.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

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

Detalhamento: verificar nos registros (ficha espelho) o número de idosos sometidos a rastreamentos para HAS pelo menos num ano.

GESTAO E ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS.

1. Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS.

Detalhamento: serão acolhidos todos os idosos portadores de HAS no mesmo momento que seja solicitado o serviço.

2. Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, estetoscópios) na unidade de saúde.

Detalhamento: serão verificados a existência ou não dos materiais necessários no posto de saúde para a tomada da pressão arterial dos idosos.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

1. Orientar a comunidade sobre a importância da realização da medição da tensão arterial após os 60 anos de idade.

Detalhamento: Será orientada a comunidade pela equipe de saúde em sala de espera, e durante as visitas domiciliares a importância de realizar, medida da tensão arterial depois dos 60 anos.

2. Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS.

Detalhamento: serão realizadas palestras nas escolas de cada micro área, as quais orientará sobre fatores de riscos onde se orientara as comunidades sobre os fatores de riscos para desenvolvimento de HAS e como prevenir eles.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

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

Detalhamento: Será realizada capacitação a equipe sobre o tema de Verificação da pressão arterial, na reunião no posto de saúde, onde será vinculada a prática entre eles mesmos.

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).

AÇÕES.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

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

Detalhamento: Verificar pressão Arterial aos idosos cada três meses (nas consultas periódicas) e aqueles com pressão arterial maior que 135/80 serão rastreados para DM.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇOS.

1. Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM.

Detalhamento: será orientado em conversa a todo equipe acolher adequadamente a todo idoso portador de DM que chega solicitando atendimento.

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

Detalhamento: Serão recopilados pela enfermagem os materiais adequados para realizar a glicemia a idoso de forma fiável, cômoda e rápida (luvas, tiras de teste, lancetas, compressas de algodão e máquina para tirar a glicose capilar).

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

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

Detalhamento: Orientar a comunidade em palestras ou conversas no domicílio sobre o importante do rastreamento periódico para DM em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmHg ou aqueles idoso que já tem diagnóstico de HAS.

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

Detalhamento: será realizada palestras com as comunidades em diferentes micros áreas, para orientar sobre os fatores de risco para aparição de DM.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

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

Detalhamento: Se realizará em na UBS uma classe demonstrativa a equipe para orientar proceder para realizar adequadamente o hemoglicoteste em idosos.

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

ACOES.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

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

Detalhamento: A equipe verificará a situação de atendimento da saúde bucal dos idosos nas fichas espelhos, e serão cadastrados para realizar atenção odontológica todos os idosos, dando prioridades aqueles que tenha pior estado da saúde bucal.

ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS.

1. Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde.

Detalhamento: Todos os idosos que solicite os serviços de odontologia será acolhido, escutado e orientado pela técnica de enfermagem que realiza acolhimento em esse momento.

2 - Organizar agenda de conduta de saúde bucal para atendimento dos idosos.

Detalhamento: A medica especializanda ou a enfermeira depois de revisar a cavidade bucal de idoso orientará agendar as consultas para odontologia a todos os idosos, segundo prioridade e programação do odontólogo que atenderá o posto de saúde.

3- Oferecer atendimento prioritário aos idosos.

Detalhamento: Se realizará uma conversa com odontólogo para que seja priorizado atendimento para os idosos, e se propenderá para isso alienar dois ou três vagas em cada consulta.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

1 - Esclarecer a população sobre a necessidade do atendimento odontológico para pessoas idosas.

Detalhamento: Serão informados em palestra na sala de esperas, a comunidade sobre a necessidade e importância da realização de exames bucais e com prioridades para as pessoas idosas ainda não tiver dentes.

2- Ouvir a comunidade sobre estratégias para captação de idosos para acompanhamento odontológico.

Detalhamento: Respeitando os princípios e diretrizes da humanização, serão escutadas e avaliadas as propostas de estratégias para captação de idosos para realizarem acompanhamento odontológico.

3- informar a comunidade sobre a importância de avaliar a saúde bucal de idosos.

Detalhamento: aproveitar as palestras para informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de idosos.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

1. Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento e realizar acolhimento do idoso de acordo com protocolo do Ministério de saúde.

Detalhamento: treinar a equipe para abordar as necessidades de atendimento da saúde bucal, e realização do acolhimento adequado aos idosos.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

.1 verificar em ficha de espelho odontológica a realização da primeira consulta odontológica para os idosos que participará da intervenção.

Detalhamento: verificar e avaliar periodicamente da realização da primeira consulta odontológica para os idosos.

ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS.

1. Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde.

Detalhamento: organizar na agenda para acolher os idosos que solicita os serviços odontológicos, em qualquer momento.

2. Monitorar a utilização de serviço odontológico por idosos da área de abrangência.

Detalhamento: Verificar uma vês ao mês em as fichas espelhos a utilização dos idoso do serviço de odontologia.

3. Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.

Detalhamento: Organizar agenda para programar atendimento odontológico aos idosos que ainda não iniciado.

4. Oferecer atendimento prioritário aos idosos.

Detalhamento: se organizara a consulta para que os idosos sejam atendidos prioritariamente, alternando com os demais pacientes.

ENGAJAMENTO PUBLICO.

1. Informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de idosos e de sua importância para saúde.

Detalhamento: será esclarecido na sala de espera para a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de idosos.

2. Esclarecer a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais.

Detalhamento: se orientará a comunidade em palestra sobre a necessidade da realização de exame bucais periodicamente em pessoas idosas.

3. Ouvir a comunidade sobre estratégias para captação de idosos para acompanhamento odontológico.

Detalhamento: Será escutada as opiniões da população sobre estratégias para captação de idosos e obter acompanhamento odontológico dos idosos.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

1 Capacitar a equipe para realizar acolhimento do idoso de acordo com protocolo.

Detalhamento: será realizada capacitação a equipe sobre acolhimento aos idosos para que possam efetuar- o adequadamente.

2. Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico.

Detalhamento: será realizada reunião de capacitação aos agentes onde será abordado o tema de cadastramento, identificação e encaminhamento, de idosos para o serviço odontológico.

4. Capacitar ao odontólogo para realização de primeira consulta odontológica programática para idosos.

Detalhamento: Será realizada a capacitação ao odontólogo que vai participar da intervenção para que seja feita a primeira avaliação odontológica dos idosos na mesma área.

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

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

AÇÕES.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

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

Detalhamento: Verificar em os registros de atendimento de idosos e nas fichas espelhos o cumprimento da periodicidade das consultas previstas segundo no protocolo do Ministério de saúde.

AÇÕES.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

1. Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Detalhamento: será planejada em agenda as visitas domiciliares para rastrear os idosos que não assiste ao atendimento.

2. Organizar a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: será organizado agenda das consultas para acolher os idosos provenientes das buscas no mesmo instante.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

1. Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas

Detalhamento: Se realizará reunião em escola, igreja ou no posto de saúde com a comunidade, para informar a importância de realizar as consultas aos idosos periodicamente segundo o protocolo do Ministério da saúde.

2. Esclarecer os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Será informado a comunidades e também aos idosos os direitos a prioridade preconizada para realização das consultas e periodicidades das mesmas.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

1. Treinar os ACS para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: será efetuada uma capacitação aos agentes de saúde para que possam orientar adequadamente aos idosos quanto a realizar as consultas com a periodicidade que seja estabelecida.

2. Definir com a equipe a periodicidade das consultas.

Detalhamento: será planejado na reunião com a equipe o programa e periodicidade dos atendimentos para os idosos da área.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

AÇÕES.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

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

Detalhamento: Verificar a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na unidade de saúde mensalmente e será verificado mensalmente a existência do registro específico de total das pessoas idosas da aérea.

AÇÕES.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

1. Implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos.

Detalhamento: Orientar a equipe de saúde para implantação da planilha /registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos.

3. Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: Será efetuado uma reunião com equipe para pactuar o registro das informações e treinamento no preenchimento do documento.

4. Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: Na reunião de equipe será elegido a pessoa responsável pelo monitoramento dos registros.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

1. Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: será orientada a comunidade e os pacientes idoso sobre e direitos que temem relação a manutenção de seus registros e direitos aceder a segunda via se necessário.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

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

Detalhamento: Em aulas demonstrativas se treinará a equipe para preenchimento de todos os registros necessários para acompanhamento do atendimento de idosos.

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

AÇÕES.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

1. Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Detalhamento: Verificar nos domicílio o número de idosos que tem Caderneta de saúde deles.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇOS.

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

Detalhamento: se visitara a secretaria de saúde par solicitar ao gestor Municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da pessoa idosa, ou será solicitado ao gestor regional, na reunião que deve ser realizada a inícios de dezembro.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

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

Detalhamento: As cadernetas dos idosos serão preenchidas e atualizadas e se orientará a importância de portar a caderneta quando for consultar na UBS ou em outros níveis de atenção.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

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

Detalhamento: Nas reuniões de capacitação programadas para equipe, será explicado o preenchimento da caderneta de saúde das pessoas idosas.

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

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

AÇÕES.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

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

Detalhamento: verificar segundo avaliação dos dados das fichas espelhos o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área da abrangência.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

1 Priorizar o atendimento aos idosos de maior risco de morbimortalidade.

Detalhamento: será organizada agenda para priorizar os atendimentos aos idosos de maior risco de morbimortalidade.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

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

Detalhamento: Ao finalizar a consulta de avaliação aos idosos se informará seu nível de risco e se explicará a importância de manter acompanhamento mais frequente, quando se trate de um risco alto.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

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

Detalhamento: se estudará pelos profissional da equipe de saúde o tema de fatores de risco de morbimortalidade da pessoa idosa, individualmente, uma semana antes de ser debatido na reunião de capacitação.

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

AÇÕES.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

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

Detalhamento: serão revisadas as fichas espelhos para verificar o número de idoso que foram investigados para indicadores de fragilização.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

1 Priorizar o atendimento idosos fragilizados na velhice.

Detalhamento: Organizar agendas para priorizar o atendimento aos idosos frágil na velhice.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

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

Detalhamento: Esclarecer a comunidades e especialmente aos idosos fragilizados a importância de realizar acompanhamento mais frequente.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

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

Detalhamento: será abordado o tema fragilização na velhice em capacitação aos profissionais da equipe de saúde para que possam identificar e depois registra nas fichas dos indicadores de fragilidade.

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

AÇÕES.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

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

Detalhamento: Verificar nas fichas espelhos a realização da avaliação da rede social em todos os idosos ao menos uma vez no ano.

2. Monitorar todos os idosos com rede social deficiente

Detalhamento: Comprovar nas visitas domiciliária e dados das fichas espelhos o número de idoso com rede social deficiente.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

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

Detalhamento: Organizar agenda para planejamento das visitas domiciliárias a idosos periodicamente.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

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

Detalhamento: será orientada a população das comunidades que pertence a nossa UBS sobre como acessar o atendimento prioritário.

2 Estimular na comunidade a promoção da socialização da pessoa idosa (trabalhos em igrejas, escolas, grupos de apoio...) e do estabelecimento de redes sociais de apoio.

Detalhamento: será estimulada a comunidade para promoção de atividade de socialização como exemplo: trabalhos em igreja, escolas e outras onde idoso possa sentir-se útil.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

1. Capacitar a equipe para avaliar a rede social dos idosos.

Detalhamento: será realizada reunião de capacitação onde se abordará o tema de idosos e redes sociais para que a equipe tenha mais conhecimento y possa avaliar as redes sociais dos idosos.

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos.

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

AÇÕES.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

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

Detalhamento: Verificar a realização de orientações de hábitos alimentares saudáveis, para todos os idosos da área.1.2. Monitorar o número de idosos com obesidade / desnutrição.

Detalhamento: Verificar segundo dados das fichas espelhos o número de idosos com má nutrição por déficit ou por excesso.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

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

Detalhamento: será realizada uma reunião na UBS com toda a equipe para definir os temas que vai orientar cada membro da equipe nas palestras para os idosos.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

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

Detalhamento: será realizada orientação, para toda a comunidade em especial aos cuidadores dos idosos e para eles mesmo sobre os benefícios de adoção de hábitos alimentares saudáveis.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

1. Capacitar a equipe para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável" ou o "Guia alimentar para a população brasileira".

Detalhamento: serão realizadas uma reunião de capacitação a toda a equipe para realizar promoção de hábitos saudáveis de acordo com o Guia alimentar para a população brasileira ou os Dez passos para alimentação saudável.

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

Detalhamento: realizar reunião de capacitação a equipe onde se aborde o tema de alimentação saudável para idosos e hipertensos.

Metas: 6.2. Garantir orientação para a prática regular de atividades físicas a 100% dos idosos cadastrados na intervenção.

AÇÕES.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

1. Monitorar a prática periódica de atividade física regular pelos idosos.

Detalhamento: orientar em palestras e conversas com idosos, sobre a importância da prática sistemática da atividade física, com um mínimo de periodicidade de 30 minutos três vezes por semana.

ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS.

1. Para manter ou melhorar a capacidade funcional e de locomoção que vai afiançar ter hábitos de vida saudáveis vamos a colher os idosos.

Detalhamento: serão acolhidos pela equipe os idosos que quiser realizar atividades físicas grupais.

2. Incluir no grupo de idosos todo que quiser receber orientações sobre atividades físicas e realizar exercícios.

Detalhamento: será conformado um novo grupo de idosos para receber orientações por um orientador físico sobre importância de manter-se ativo, e fazer exercícios físicos, pelo orientador físico do município uma vez por mês.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

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

Detalhamento: será orientada a comunidade e os idosos em palestra realizadas na UBS, a importância de realizar atividades físicas regular periodicamente.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

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

Detalhamento: será realizada reunião da capacitação para a equipe de saúde na UBS onde se abordara o tema de prática de atividade física regular.

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

AÇÕES.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

Monitorar as atividades educativas individuais.

Detalhamento: investigar nos domicílios, nas consultas e nas revisões das fichas espelhos o conhecimento e pratica de hábitos de saúde bucal pelos idosos.

ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS.

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

Garantir a orientação sobre higiene bucal, assim como das próteses dentária em atividade de promoção da saúde.

Detalhamento: serão realizadas capacitações a todos idosos e a população e tentaremos apoio do dentista e técnica de higiene bucal, em concertação previa com os gestores do município.

2. Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde.

Detalhamento: Todos os idosos que solicite os serviços de odontologia será acolhido, e orientado no mesmo momento.

3. Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.

Detalhamento: Se agendar as consultas para odontologia a todos os idosos, segundo prioridade e programação do odontólogo que atenderá o posto de saúde

4. Oferecer atendimento prioritário aos idosos.

Detalhamento: Será priorizado atendimento para os idosos, para isso será disponível dois vagas em cada consulta.

ENGAJAMENTO PUBLICO.

1 - Esclarecer a população, aos idosos e seus familiares sobre a necessidade do atendimento odontológico para pessoas idosas.

Detalhamento: Será informada a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais e com prioridades para as pessoas idosas

2- Ouvir a comunidade sobre estratégias para captação de idosos para acompanhamento odontológico.

Detalhamento: Respeitando os princípios e diretrizes da humanização, serão escutadas e avaliadas as propostas de estratégias para captação de idosos para realizarem acompanhamento odontológico.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

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

Detalhamento: será realizada uma reunião de capacitação a equipe sobre o tema de higiene bucal e das próteses para orientar melhor a os idosos da área.

2. Capacitar os dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para idosos.

Detalhamento: será capacitado o dentista, sobre a população idosa de área, para planejamento da primeira consulta odontológica de essa população

2.3.2 Indicadores

Relativo ao objetivo1: 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 1.1: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.

Numerador: Número de idosos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no programa de atenção na unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 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 pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

Indicador 2.3: Proporção de idosos com solicitação de exames complementares periódicos em dia

Numerador: Número de idosos com solicitação de exames complementares periódicos em dia

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

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

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

Numerador: Número de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

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

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

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

Numerador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção.

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

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

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

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

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

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

Indicador 2.7: Proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta.

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

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

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

Indicador 2.8: proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para Diabetes Mellitus.

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

Meta 2.9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Indicador 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.

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

Indicador 2.10: proporção de idosos com primeira consulta odontológica programada.

Numerador: Número de idosos da área de abrangência na unidade de saúde com primeira consulta odontológica programada.

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

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

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

Indicador 3.1: proporção de idosos faltosos e receberam a consulta busca ativa.

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

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas.

Relativo ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

Indicador 4.2: proporção de idoso com caderneta de saúde da pessoa idosa.

Numerador: Número de idosos com caderneta de saúde da pessoa idosa.

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

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

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

Indicador 5.1: proporção de idosos com Avaliação para risco de morbimortalidade em dia.

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

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

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

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

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

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

Meta 5.3: Avaliar a rede social de 100% dos idosos com caderneta de saúde da

Indicador 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 pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Relativo ao objetivo 6: Promover a saúde dos idosos.

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

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

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

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

Metas 6.2: Garantir orientação para a prática regular de atividades físicas a 100% dos idosos cadastrados na intervenção.

Indicador 6.2: Proporção de idosos que receberam orientação para a prática regular de atividades físicas

Numerador: Número de idosos com orientação para a prática regular de atividades físicas

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

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

Indicador 6.3: proporção de idosos que receberam orientações sobre higiene bucal.

Numerador: Número de idosos com orientações sobre higiene bucal.

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

2.3.3 Logística

Para a realização da intervenção em saúde objetivando a melhoria da atenção à saúde do idoso adotaremos como referência o Manual de atenção básica do Ministério da Saúde, envelhecimento e saúde da pessoa idosa, 2006. Serão utilizadas as fichas espelhos (anexo C), planilha de coleta de dados (anexo B) disponíveis pelo curso e o prontuário do idoso para realização dos registros e também para coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção.

A médica especializanda e a enfermeira irão proporcionar uma ficha complementar, que será trabalhada em equipe na semana de definição dos instrumentos, incluindo o item de saúde bucal, entre outras. A equipe acordará com o gestor municipal da saúde o apoio na impressão da quantidade necessária das fichas espelho que serão anexadas aos prontuários, visando o acompanhamento mensal da intervenção.

Quanto ao eixo Monitoramento e avaliação, na organização do registro específico da ação programática, a enfermeira revisará o livro de registro para identificar todos os idosos acompanhados pelo serviço nos últimos três meses. O profissional buscará os prontuários desses idosos com ajuda dos Agentes Comunitários de Saúde e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho.

Também realizará o primeiro monitoramento, anexando uma anotação sobre o atraso de consultas, exames clínicos e laboratoriais, esquema vacinal, exames multidisciplinares, 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 ACS farão a busca ativa dos idosos faltosos. Ao fazer a busca já agendaram as consultas destes usuários. Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha manual.

No eixo engajamento público, os profissionais das equipes receberão capacitação no protocolo de referência da intervenção. Essa capacitação ocorrerá na própria UBS, e para isso haverá um turno nas 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.

As atividades educativas que serão feitas durante o período do projeto de intervenção, serão realizadas na sala de reunião, explicando sempre a importância e necessidade de acompanhamento pela equipe, principais sintomas e fatores de risco, importância de uma alimentação saudável, importância da realização de atividade física e necessidade de avaliação odontológica neste grupo de usuários.

Serão necessários a impressão de 247 copias de fichas espelho além de 1 copias do protocolo/manual técnico que serão usados para facilitar a capacitação dos 11 membros da equipe envolvidos no projeto, vamos a precisar do 3 bloco de folhas e canetas para anotações, o melhor dia da semana para a capacitação dos membros da equipe é nas sextas na sessão da tarde para não interferir no atendimento à população.

Quanto ao eixo Qualificação da prática clínica, o projeto de intervenção será iniciado capacitando a todos os membros da equipe sobre o Caderno de Atenção Básica para o cuidado das pessoas idosas, para que toda a equipe utilize dita referência na atenção e acolhimento dos usuários idosos. Esta capacitação se realizará na própria UBS, nas sextas na tarde. A Enfermeira e a Médica especializanda serão as responsáveis pela realização da capacitação onde serão estudados temas fundamentais para avaliação e acompanhamento dos usuários idosos e elas vão garantir a existência dos recursos materiais em parceria com a gestora municipal. Os temas serão examinados ao final da capacitação.

O monitoramento será feito mensal, serão feitas quatro reuniões em quatro meses o número de atendimento serão de 14 idosos por semana, cada encontro terá uma duração de 3 horas na primeira sexta feria de cada mês na sessão da tarde serão envolvidos todos os profissionais da equipe e alguns membros líderes comunitários da população.

2.3.4 Cronograma

AÇÕES	SEMANAS																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12					
Capacitação dos profissionais da saúde da UBS sobre o protocolo de atenção à saúde do idoso.	X	X	X	X													
Estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática.	X																
Cadastramento de todos os idosos da área adscrita no programa.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
Realização da Avaliação Multidimensional Rápida a todos os idosos.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
Atendimento clínico dos idosos, com exame clínico apropriado.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
Solicitação dos exames complementares a todos os idosos avaliados em consultas.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
Prescrição de medicamentos da Farmácia Popular aos idosos que precisarem.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
Cadastrar a todos os idosos acamados o com problemas de locomoção.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
Realizar visitas domiciliar a todos os idosos acamados o com problemas de locomoção.			X						X	X	X	X					
Rastrear todos os idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica HAS.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
Rastrear todos os idosos com pressão sustentada maior de 135/80 para Diabetes Mellitus.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
Realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico para os idosos.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
Realizar primeira consulta odontológica aos idosos.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
Busca ativa de todos os idosos faltosos a consulta.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
Fazer e manter o registro específico de todos os idosos.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Conforme orientação do curso houve a necessidade da redução da intervenção de 16 para 12 semanas, para que fosse possível ajustar as defesas e a finalização da Turma 07 ao calendário estabelecido com a Universidade.

A equipe iniciou uma intervenção na Atenção à Saúde do Idoso, o dia 26 de fevereiro do presente no, este projeto trata da saúde da pessoa idosa, antes de dar início a esta intervenção tivemos vários encontros com a comunidade e debatemos diferentes temas relacionados com este grupo etário e realizamos algumas atividades para evitar dificuldades uma vez iniciado o projeto. Primeiramente tivemos a reunião com a secretaria de saúde que foi muito frutífera onde participo o vice-prefeito da cidade onde ela se comprometia ajudar em todo o que fosse possível, como em as impressões das fichas espelho, garantia do transporte entre outras coisas.

Também nos reunimos com os líderes das comunidades onde eles também se mostraram muito positivos brindando sua ajuda e cooperação no que eles pudessem principalmente em ajuda juntos com os agentes de saúde na busca e citação dos idosos as consultas. Também conversamos com a odontóloga e ela se comprometia a avaliar aqueles idosos que precisarem do atendimento odontológico (dois idosos na segunda feira e dois na terça feira que estes são os 2 dias que ela trabalha na UBS) muitas das ações que estavam planejadas foram cumpridas, uma vez iniciada a intervenção, temos que tentar corrigir e seguir para a frente pra demonstrar que sempre se pode mais e que temos que tentar dar solução a tudo para que as dificuldades sejam mínimas.

Entre as ações que temos cumpridos são: Reunião com a equipe de saúde para a capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde, Cadastramento dos idosos,

este foi cumprido bastante bem porque nos acolhemos e atendemos a todos os idosos que chegaram a nossa consulta mesmo sem ter consulta agendada, Estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática, Realização da Avaliação Multidimensional Rápida, Exame físico, solicitação de exames laboratoriais e prescrição de medicamentos da farmácia popular aos que precisarem, rastrear idosos com hipertensão arterial sistêmica, avaliação odontológica a todos os idosos e primeira consulta de odontologia aos que precisarem, busca ativa dos idosos faltosos a consulta, entrega e atualização das cadernetas da pessoa idosa e orientação nutricional, higiene bucal e da prática de exercícios físicos.

Entre as facilidades para realizar as ações planejadas, temos a união da equipe e interesse para melhorar a saúde dos idosos e para resolver algumas dificuldades que se apresentaram, a participação da comunidade junto aos agentes de saúde que realizaram um trabalho fundamental durante as visitas para cadastrar o maior número de idosos na intervenção e a gestão do secretário da APS e secretaria de saúde que facilitou documentos como as fichas espelhos, cadernetas da saúde de idosos.

Realizamos seis reuniões de capacitação da equipe de saúde, ocorridas no âmbito da UBS não sempre contamos com a presença de toda a equipe de saúde, porque algumas tivemos ausência da odontóloga e a técnica de odontologia, onde abordamos diversos temas relacionados com a saúde da pessoa idosa como avaliação da necessidade de atendimento, acolhimento aos idosos, cadastramento, como identificar as necessidades e encaminhar ao serviço odontológico, registro adequado em fichas espelho dos procedimentos em cada consulta, preenchimento das Cadernetas de saúde das pessoas idosas, fatores de risco para morbimortalidade das pessoas idosas, indicadores de fragilização na velhice, avaliação da rede social dos idosos, promoção de hábitos alimentares saudáveis, realização de atividades físicas regulares e higiene bucal e de próteses dentárias, assim como também capacite aos ACS para orientar aos idosos quanto a realização e periodicidade das consultas, acompanhamento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção, e para reconhecimento dos casos que necessitavam de visita domiciliar.

Realizamos cinco reuniões com os líderes das comunidades e com a comunidade durante toda a intervenção, onde abordamos temas relacionados com a

importância para os idosos realizarem acompanhamento periódico e a facilidade de realizá-lo na unidade de saúde, a existência do Programa de Atenção à Saúde do Idoso da unidade da saúde, importância de realizar avaliação periódico às pessoas com 60 e mais anos de idade e do tratamento segundo protocolo do Ministério de Saúde e a importância e periodicidade de realizar exame complementares, estratégias de promoção da socialização dos idosos, importância da avaliação odontológica nos idosos entre outros temas.

Durante as 12 semanas, fizemos acolhimento, cadastramento no programa e atendimento dos idosos, o que foi acima do previsto para esse tempo porque todo idoso que solicitou atendimento em nossa unidade foi acolhido, mesmo que ainda não tivesse consulta agendada. Realizamos ainda visita domiciliar aos idosos acamados, com problemas de locomoção, busca ativa dos idosos faltosos às consultas que estavam agendadas. Todos os dias de atendimento prioritário aos idosos fizemos atividades de sala de esperas e em os sítios de apoio onde nos trasladamos uma vez por semana.

Ao final de cada mês, realizamos reunião de equipe para avaliação da intervenção. A verificação das fichas espelho para coletar as informações e inserir na planilha eletrônica de monitoramento foi feita semanalmente. A cobertura alcançada foi a que propusemos no projeto além de que foi realizado em três meses e não nas 16 semanas como foi planejado inicialmente, temos que agradecer a participação ativa da comunidade e da equipe senão este logro não fosse sido possível. De forma geral, foi boa, pois realizamos inclusão de 250 idosos, o que corresponde a 100% o seja o total dos idosos que moram na comunidade.

Acamados e alguns faltosos receberam visita domiciliar. Tivemos 129 idosos com número de tensão arterial sustentada acima de 135/85 ou com diagnóstico de HAS, e todos foram rastreados para DM. 100% deles tiveram avaliação para atendimento odontológico deles 30 com primeira consulta odontológica agendada, foram investigados o 100% em quanto a indicadores de fragilidade, com avaliação da rede social, e com orientações sobre saúde.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as ações previstas foram realizadas

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Na hora da coleta dos dados não tivemos problemas. Entendi adequadamente, sem problemas para preencher as fichas nem para fazer avaliação dos riscos do idoso assim como as orientações de saúde e higiene.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Desde o início das ações do projeto de intervenção os idosos foram acolhidos pela equipe com muito entusiasmo e a participação foi ótima, todos realizavam as ações correspondentes a cada um, segundo o previsto, devido a que este tema do projeto foi debatido nas reuniões da equipe e já eles conhecem que a intervenção é para melhorar a qualidade do atendimento à saúde dos idosos, e que o objetivo principal é melhorar a qualidade de vida e melhorar o estado de saúde deles sempre.

A intervenção já está incorporada à nossa rotina de trabalho, com a melhoria de aspectos, como e manter a capacitação sobre temas de promoção de saúde dos idosos para a equipe e para as comunidades, incluindo os próprios idosos, formação de mais Grupos de Idosos, continuar com a participação ativa das comunidades, divulgação do Protocolo de Atenção à Saúde do Idoso e outros temas relacionados, participação dos gestores de saúde para solucionar as deficiências de materiais que podem existir na UBS Além do mais importante que é a integração de toda equipe e líderes da comunidade para o planejamento e cumprimento das ações encaminhadas para melhorar a saúde dos idosos.

Quero dizer que a equipe toda fica feliz e eu ainda mais porque sola nunca o fosse logrado, agradecer pela unidade e ajuda da equipe, aos líderes da comunidade, a comunidade e todos os idosos que participaram ativamente, foi muito importante sua cooperação e assistência nas consultas que foram citados para lograr terminar com uma cobertura do 100% neste projeto de intervenção, fico feliz.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção realizada na UBS Santa Rosa, situada numa zona rural do município de Apodi do Estado do Rio Grande do Norte, compreendido no período desde fevereiro até maio de 2015, foi feita com o objetivo melhorar a atenção à saúde das pessoas idosas, para assim ampliar a cobertura do programa de saúde do idoso, melhorando a qualidade das consultas e o registro das informações, identificando assim os idosos de risco. O projeto de intervenção tinha como duração quatro meses, porém foi reduzido para três meses.

A UBS tem uma população total de 2555 habitantes na área de abrangência, divididos em micro áreas deste total de população 250 são pessoas idosas com 60 anos ou mais. Na intervenção conseguimos incluir 250 idosos no programa resultando em 100%. Deles 106 são do sexo feminino e 149 do sexo masculino, distribuídos nos seguintes grupos etários: entre 60 a 69 anos, 135 idosos, o que corresponde a 54%, entre 70 a 79 anos, 71 idosos, que representam 28.4%; entre 80 e 89 anos, 40 idosos, que representam 16%; e o grupo de 90 ou mais anos de idade com 4 idosos, representando 1.6%.

Tabela1: Figura 3.Distribuição da faixa etária de idosos que participaram da intervenção.

Faixa etária	Número	%
Desde 60 a 69 anos de idade	135	54%
Desde 70 a 79 anos de idade	71	28.4%
Desde 80 a 89 anos de idade	40	16%
De 90 ou mais anos de idade	4	1.6%
Total	250	100%

SAÚDE DO IDOSO:

Objetivo 1: Cobertura

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

Esta meta é para melhorar a cobertura dos atendimentos ao total de idosos de nossa população o que qual se cumpri-o adequadamente,

INDICADOR 1: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde, este indicador foi possível devido ao trabalho em equipe e a o esforço de todos, não tivemos dificuldades para a realização do mesmo.

No primeiro mês foi o que menos pessoas foram cadastradas e no terceiro mês foi cadastrado o maior número de idosos, já que o projeto foi reduzido para 3 meses e tivemos que aumentar todas as ações para alcançar cadastrar os 250 idosos, com 25.6% e 53.2%, que correspondem a 54 e 133 idosos respectivamente, alcançando no terceiro mês uma cobertura de 100%, correspondendo a 250 idosos que são o total da nossa área (FIGURA 1).

Toda a equipe participou ativamente na realização do projeto em conjunto com a comunidade e os idosos. A equipe estimulou os idosos por meio de conversas, palestras, atividades educativas no âmbito da UBS e nos grupos de

idosos formados nos distintos micros áreas. Assim, todos compareceram às consultas que foram agendadas, e ao final dos três meses de intervenção a cobertura foi ótima conseguindo atender e cadastrar o total da população.

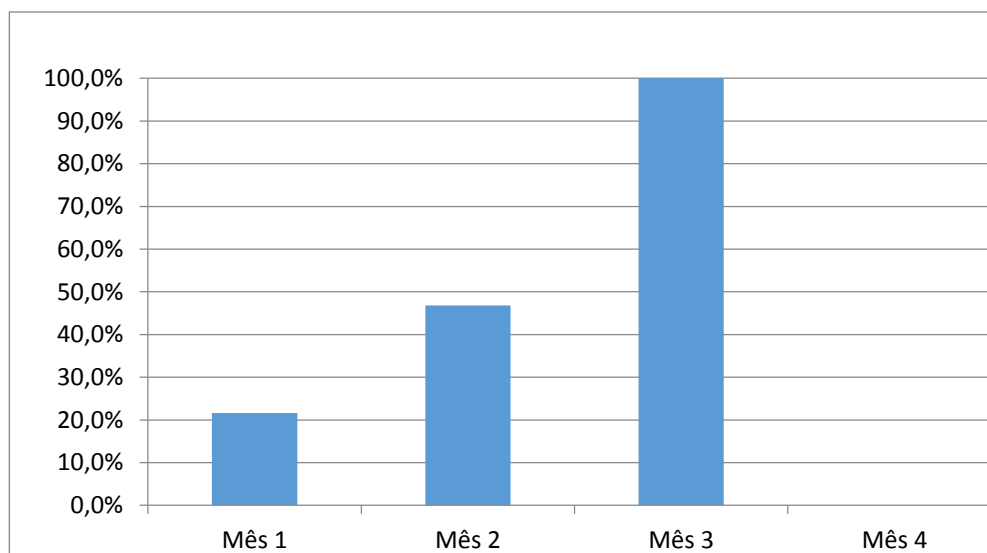


Figura 4 – Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na UBS Santa Rosa, Apodi-RN.

Objetivo 2: Qualidade

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, para assim melhorar atenção à saúde da pessoa idosa.

INDICADOR 2.1: Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia, outro indicador que foi cumprido, graças ao bom trabalho realizado pela equipe toda, sim dificuldades.

Fizemos a avaliação multidimensional rápida para melhorar atenção à saúde da pessoa idosa incluindo história psicossocial, história das doenças atuais, índice de massa corporal, interrogatório por sistemas(aparelhos), exame físico geral, avaliação dos pés e pulsos pediosos e tibial posteriores, de todos os idosos cadastrados no programa, alcançando a meta de 100% nesses indicadores de qualidade, nos três meses de intervenção.

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, para conhecer o estado de saúde atual de cada um deles.

INDICADOR 2.2: Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia. Todos os 250 idosos tiveram o exame físico em dia com qualidade e precisão.

Fizemos consulta com exame físico completo a 100% dos idosos cadastrados no projeto de intervenção, com o objetivo de fazer um bom interrogatório e um ótimo exame físico a cada um deles em busca de conhecer o verdadeiro estado de saúde para assim detectar possíveis fatores de risco e prevenir doenças.

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

INDICADOR 2.3: Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia. O qual foi cumprido embora ter algumas dificuldades ao início da intervenção pois alguns idosos tinham dificuldades para o traslado até a cidade mais depois demos prioridade com consentimento a população nas coletas feitas no âmbito da UBS uma vez por semana e cumprimos este indicador ao 100% também.

O total de idosos hipertensos e diabéticos receberam solicitação de exames complementares de acordo com a periodicidade estabelecida (FIGURA 4). Todos os idosos hipertensos tiveram essa solicitação nos 3 meses, sendo a meta de 100% alcançada.

META 2.4: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos idosos cadastrados no programa;

INDICADOR 2.4: Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada

Outra ação realizada foi a prescrição priorizada de medicamentos disponíveis na Farmácia, todos os idosos hipertensos têm prescrição de medicamentos da farmácia popular, pois assim contribui com a sua economia já que o medicamento é gratuito. Tinham alguns idosos que devido as deficiências destes medicamentos estavam fazendo uso de outros que não eram da farmácia popular e

se reusava a trocar devido a que depois poderia ficar em falta novamente, mais mediante as conversas explicando os benefícios econômicos para eles e a família (os idosos elegem a opção), mas todos estão em monitoramento pois o principal é o controle da patologia.

No primeiro mês receberam a prescrição de medicamentos da farmácia Popular, 35 idosos o que corresponde a 25,5% do total de idosos com prescrição de medicamentos da farmácia popular, no segundo mês foram 39 idosos, que representavam 28,4% e no terceiro mês, 63 idosos representando o 45,9% totalizando 137 idosos ao final da intervenção (FIGURA 5).

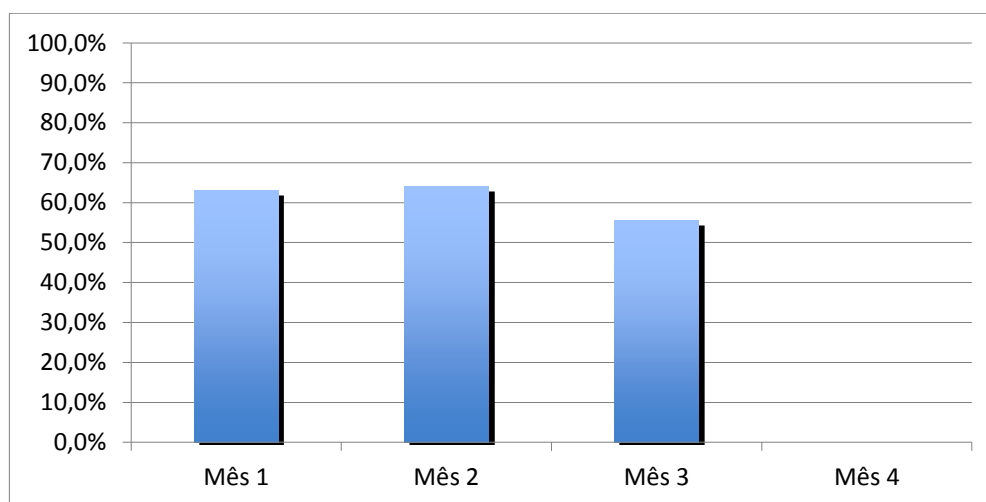


Figura 5: Gráfico 2 representativo da proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada na UBS Santa Rosa Apodi-RN.

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

INDICADOR 2.5:Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados

Também em nosso projeto de intervenção todos os idosos acamados ou com problemas de locomoção foram cadastrados, resultando 100% neste indicador (FIGURA 6). No primeiro mês cadastramos 3 idosos que representa a 11.1% do total de idosos acamados ou com problemas de locomoção, no segundo mês cadastramos 3 idosos para um 11.1%, e no terceiro mês 21 idosos para um 77.7 % (reveja esses dados porque você cita que todos foram cadastrados 100%).

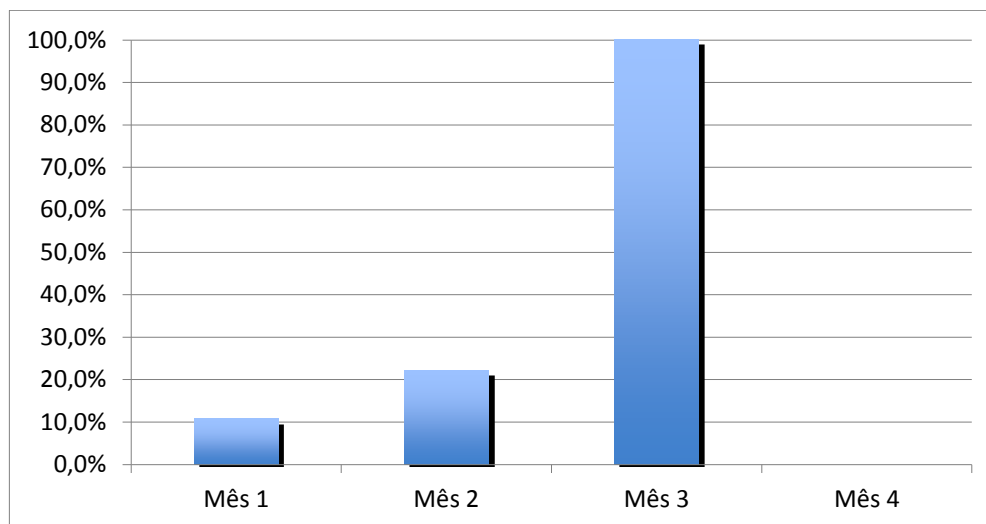


Figura 6: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados na UBS Santa Rosa Apodi-RN.

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

INDICADOR 2.6: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar

Realizamos a avaliação completa dos idosos acamados mediante visitas domiciliares sendo a maioria no último mês da intervenção, devido aos problemas apresentados com o transporte nos primeiros meses isto não interfere nas outras atividades da unidade de saúde pois realizamos estas visitas em horário deslizando 2 dias da semana (depois das 4 horas até as 6 horas). No primeiro mês visitamos três idosos, no segundo mês visitamos somente um idoso, pois os outros dois com problemas de locomoção que avaliamos foram levados por seus familiares até a UBS com carro próprio e no terceiro mês realizamos 21 visitas domiciliares para completar o total de 27 idosos acamados visitados (FIGURA 7).

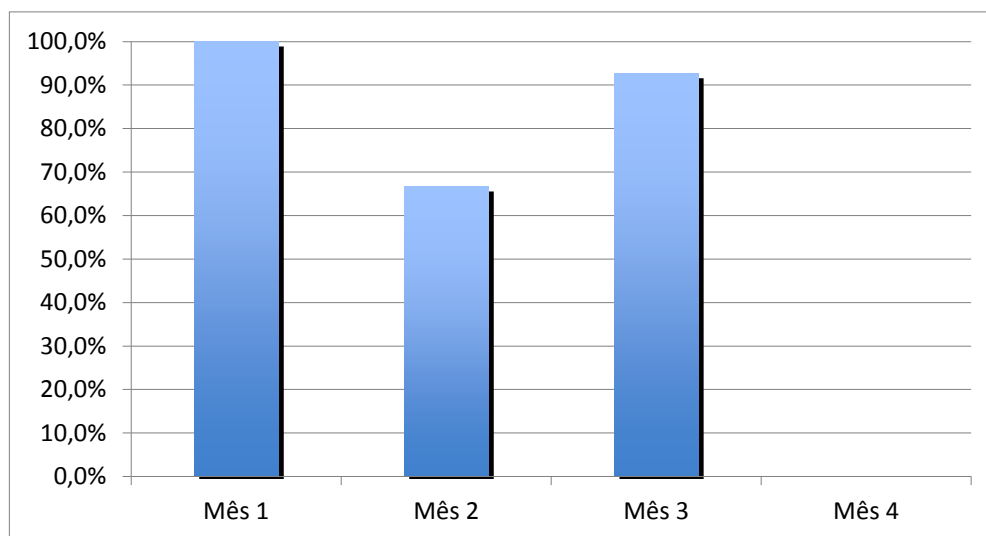


Figura 7: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar na UBS Santa Rosa Apodi-RN.

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

INDICADOR 2.7: Proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta

Foi realizada a verificação da pressão arterial na última consulta a 250 idosos, para rastrear Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) nos idosos nos três meses resultando em 100% (FIGURA 8). Verificando o total de idosos de nossa área de abrangência cadastrados no projeto de intervenção apresentando um resultado ótimo nesse indicador.

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

INDICADOR 2.8: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes

Também foram rastreados para diabetes mellitus todos os idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de HAS. Foram 137 idosos hipertensos ou com pressão arterial acima de 135/85 mmHg ao final da intervenção. A maior quantidade deles foi no terceiro mês, com 63 idosos para um 63,7% do total de idosos com pressão arterial acima de 135/85 mmHg, foram identificados nas últimas quatro semanas, e no primeiro e segundo meses foram 35 e 39 idosos para um 25,5% e 28,4% respectivamente.

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

INDICADOR 2.9: Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

Nos três meses da intervenção avaliamos aos 250 idosos para um 100% dos idosos cadastrados na intervenção para necessidades odontológicas. Este indicador foi de 100% (FIGURA 10), pois foi possível avaliar pela medica especializanda e a enfermeira a necessidade de atendimento odontológico ao total dos idosos cadastrados.

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

INDICADOR 2.10: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática

Do total de idosos avaliados em quanto a necessidade de atendimento odontológico, somente 31 idosos tiveram a primeira consulta odontológica agendada representando 12.4% do total de idosos cadastrados no projeto de intervenção. Pois a maioria não tem dentes uns com próteses e outros não. E ninguém com lesões na cavidade bucal. No primeiro mês, 9 idosos passaram por primeira consulta odontológica, que corresponde a 29.0% do total de idosos com primeira consulta odontológica programada, no segundo mês 8 idosos representado 25.8%, e no terceiro mês 14 idosos resultando em 45.1 % (FIGURA 11).

Objetivo 3: Adesão

Meta 3.1: Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas;

INDICADOR 3.1: Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa

Durante a intervenção tivemos apenas nove idosos faltosos a consultas, sendo os nove no terceiro mês. Todos receberam busca ativa por parte da equipe pelos ACS que são os que tem melhor conhecimento de sua comunidade e os líderes da comunidade, assim, todos idosos passaram pela consulta. Assim, a meta de 100% foi alcançada (FIGURA 9) neste caso no último mês da intervenção.

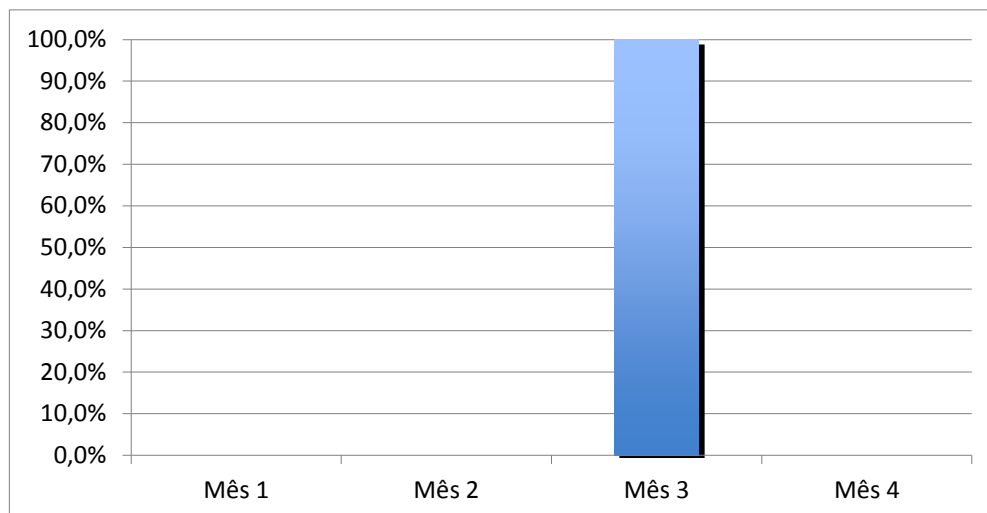


Figura 9: Gráfico 6 representativo da proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa na UBS Santa Rosa Apodi-RN.

Objetivo 4: Registro

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

INDICADOR 4.1: Proporção de idosos com registro na “ficha-espelho” em dia

Os 250 idosos cadastrados no programa tiveram fichas de espelho preenchida nas consultas, e foram entregues as cadernetas de idosos a cada um deles que não tinham e os que tinham foram atualizadas. Para assim melhorar o registro das informações durante a intervenção, além dos registros que os ACS possuem da população. Assim, a meta de manter 100% dos idosos cadastrados com o registro na ficha espelho em dia foi alcançada.

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

INDICADOR 4.2: Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Oferecemos a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa ao 250 idosos cadastrados no programa para um 100% dos cadastrados, uns já tinham que foi a minoria, neste caso atualizamos e trocamos algumas que estavam em mau estado e outros que foi a maioria entregamos novas porque não tinham, alcançando 100%

neste indicador nos 3 meses. O que mais propicio no cumprimento desta meta foi o fato da gestão disponibilizar o número suficiente de carteiras para ser distribuída a todos os idosos.

Objetivo 5: Avaliação de risco

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

INDICADOR 5.1: Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia

Em nossa intervenção também avaliamos o risco de morbimortalidade de todos os idosos. Foi possível avaliar também 100% dos idosos cadastrados, coisa muito importante pois é indispensável rastrear as doenças crônicas e as complicações daquelas que já existem. Incluindo valoração dos exames laboratoriais para a conclusão dessa avaliação. No primeiro mês foram 54 avaliados, no segundo mês 63 e no último mês foram 133.

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

INDICADOR 5.2: Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia

Em nossa unidade de saúde, 100% dos idosos cadastrados no programa foram avaliados quanto à presença de doenças crônicas ou terminal, risco de sofrer quedas, existência de mudanças nas atividades da vida diária, fatores psicológicos ou sociais, uso de medicamento e quantidade que usa, 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 – Proporção de idosos cadastrados com avaliação da rede social em dia

Também foi avaliada a rede social de 100% dos idosos nos três meses de intervenção (FIGURA 17), 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 pelo próprio idoso ou por seu responsável. O resultado foi que é baixa a participação nas atividades comunitárias, a maioria são analfabetos, quase todos moram junto ou perto da família, que cuida e controla suas finanças.

Objetivo 6: Promoção da saúde

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

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

Em nossa intervenção os 250 idosos cadastrados no programa 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.

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

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

Em nossa intervenção o total de idosos cadastrados receberam orientação sobre a prática regular de exercícios físicos, o qual é muito importante para evitar o sedentarismo e combater as doenças cardíacas, conseguimos alcançar 100% mediante palestras, conversas e ações nos grupos de idosos.

Os 250 idosos cadastrados no projeto de intervenção tiveram orientação sobre cuidados de saúde bucal, incluindo as próteses dentárias. Para evitar doenças bucais mesmo que não tenham dentes nem próteses, dessa forma, os indicadores relacionados a essas ações permaneceram em 100% nos 3 meses de intervenção.

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

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

Toda a intervenção foi possível devido a 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 pois quando a pessoa tem mais conhecimento dos benefícios e prejuízos de um tema determinado relacionado com a saúde. 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

No transcurso da intervenção em nossa UBS alcançamos muitas coisas, a primeira e mais importante foi a disposição de cada integrante da equipe e conformidade na participação deste projeto de intervenção. Ao dar início a este projeto temos sentido que a equipe tem mais união, maior comunicação tanto dentro da equipe como com a comunidade. Ao concluir a intervenção, alcançamos o aumento da cobertura da atenção à saúde dos idosos ao 100% que era nosso objetivo, permitindo a avaliação da situação de saúde de todos os cadastrados no programa incluídos os acamados que tanto precisavam.

Para cada um deles, foram realizadas orientações de promoção de saúde como forma de melhorar suas condições de vida e seu bem-estar físico e mental. Fizemos muitas ações nas comunidades para melhorar o conhecimento dos idosos assim como aprender envelhecer com saúde, quando terminavam estas ações sempre a população ficava com uma nova experiência vivida.

A entrega a cada idoso da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa contribuiu para um maior controle da situação de saúde de cada um deles que foi registrada nas fichas espelho da UBS. Assim como atualizar a que já tinham a caderneta. A intervenção propiciou, assim, uma melhoria nos registros e qualificação da atenção com destaque para ampliação da classificação dos riscos em este grupo de idade.

Para nossa equipe, esta intervenção realizada neste período teve muita importância, porque no “eixo da qualificação da prática clínica”, conseguimos capacitar todos os profissionais da saúde sobre temas relacionados com a saúde do idoso que era o grupo que se estava trabalhando para este projeto, como por

exemplo, 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 ter maior conhecimento aprender a tratar com este grupo etário o qual precisa de uma atenção maior, com paciência e amor.

Esta atividade promoveu o trabalho integrado da médica, enfermeira, auxiliar de enfermagem, agentes de saúde e da recepção. Acho a equipe se sensibilizo um pouco mais com esse grupo da população. A assistência à saúde da pessoa idosa melhorou muito nossa UBS com a realização de ações em equipe. No caso dos ACS com ajuda dos líderes da comunidade, visitaram idosos para aumentar a cobertura da atenção, buscava faltosos e se agendava novamente a consulta.

Todos faziam acolhimento e colaboravam para a realização as palestras ajudando desta forma a para promover saúde. Todos ajudavam de uma forma ou outra na intervenção. O técnico de enfermagem ou enfermeiro preenchiam os dados gerais das fichas de espelho e aferiam os sinais e medidas dos idosos, o cadastro e as consultas, avaliação, exame físico, orientações eram feitas pela médica. Podemos dizer que se a equipe não tivesse trabalhado em conjunto com otimismo, entusiasmo e dedicação não teríamos conseguido concluir este projeto com bons resultados em tão pouco tempo e conseguimos alcançar mais organização do processo de trabalho da equipe.

A intervenção também trouxe muita importância para o serviço com maior organização no planejamento e acolhimento das pessoas que chegam para atendimento, neste caso, os resultados não foram só e para os idosos como também para toda a população. Conseguimos atender aos idosos sem deixar de consultar ao resto da população devido ao bom acolhimento em nosso serviço. Esta intervenção reviu as atribuições da equipe e viabilizou a otimização da agenda para a demanda espontânea.

Nossa intervenção teve muita importância para a comunidade, contribuindo para o engajamento público, mediante as ações realizadas pudemos abordar temas relacionados com a prevenção, que permitam aos idosos se manter ativos e com um ótimo estado de saúde, e que possam ter qualidade de vida na terceira idade. Nossa intervenção teve um bom impacto o qual é bem percebido pela comunidade. Os

idosos demonstraram satisfação com o atendimento nas consultas, nas palestras, e a comunidade entendia o porquê da prioridade no atendimento para este grupo.

Se eu fosse realizar a intervenção nesse momento, envolveria mais os gestores, que teriam participação mais ativa em solucionar as dificuldades desde o primeiro momento, pois tivemos dificuldades, mas foram resolvidas quase no último mês da intervenção como é o caso do transporte. As ações que dependiam apenas da equipe foram resolvidas sem problemas, 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 dessa intervenção percebo que a equipe está mais unida, mais integrada, mas como esta intervenção vai ser incluída em nossa rotina do serviço será melhorada mais algumas dificuldades encontradas no transcurso deste projeto.

A intervenção está incorporada à nossa rotina. Pretendemos manter esta cobertura nas consultas seguindo o preconizado pelo MS, 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, 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 continue percebendo a necessidade de dar prioridade nas consultas ao grupo de adultos maiores, em especial aos de alto risco. Também pretendemos coletar as fichas de espelho para poder monitorar todos os indicadores que temos previstos no projeto.

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 da equipe toda, e depois poder fazer intervenção nos demais programas de saúde. Continuar trabalhando com qualidade nos acolhimentos, consultas, visitas domiciliares e tomando como exemplo este projeto pretendemos implantar o programa de pré-natal na UBS

4.3 Relatório da intervenção para gestores

Caros gestores,

No mês de fevereiro do ano de 2015, foi iniciada na Unidade de Saúde Santa Rosa, uma intervenção em saúde com o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos idosos, com duração de 12 semanas. No início da intervenção, realizamos algumas ações para evitar dificuldades no processo. Tivemos reunião com os líderes da comunidade para dar conhecimento sobre o nosso projeto e solicitar sua participação e ajuda para junto com os ACS fazer a busca de idoso faltosos ou outras dificuldades que poderiam estar presentes.

Depois, conversamos com a equipe de odontologia para o atendimento dos idosos que precisarem avaliação odontológica e dar a conhecer a participação deles na intervenção pois sua presença nos encontros é importante também pois eles fazem parte da equipe. Foi acordado dois idosos cada dia dos atendimentos odontológicos, só os que precisarem primeira consulta odontológica pois avaliação de atendimento odontológico seria feita pela medica especializanda. Tivemos um encontro também no início da intervenção com o secretário de saúde, a coordenadora da secretaria de saúde e o vice-prefeito, onde foi apresentado o projeto e eles se comprometeram a disponibilização de materiais necessários assim como garantir o transporte para as vistas domiciliares, coisa que nos dois primeiros meses da intervenção não se cumpriram.

Uma vez iniciada a intervenção, houve boa participação dos integrantes da equipe assim como dos idosos. A união da equipe foi muito importante neste processo de melhorar a saúde dos idosos e para resolver qualquer dificuldades que possa apresentaram, tivemos boa participação da comunidade, que apoiou também na atenção dos idosos para as consultas e na busca de faltosos, o trabalho fundamental dos ACS para cadastrar o total dos idosos na intervenção, e o apoio da secretaria de saúde que disponibilizou fichas espelho, cadernetas da saúde de idosos e outras coisas que facilitaram o andamento da intervenção.

Tivemos algumas dificuldades que influenciaram de maneira negativa, como o problema como o transporte nos dois primeiros meses mas se resolveu no terceiro mês e graças ao nosso trabalho, tudo foi cumprido. Durante os três meses da intervenção, os idosos que eram buscados pelos ACS, líderes comunitários ou outras pessoas da comunidade nas visitas domiciliares.

Os idosos foram acolhidos adequadamente e atendidos no momento, com preenchimento da ficha espelho e consulta, com exame clínico completo, avaliação multidimensional rápida, solicitação e verificação de exames, atualização da Caderneta de Saúde e orientações sobre temas importantes para prevenir doenças, como a prática de exercícios físicos, alimentação saudável, adequada saúde bucal metas que foram alcançadas ao 100%. Os idosos que não podiam ir até a UBS eram visitados em casa e receberam a mesma atenção e orientações, assim como os faltosos, buscados pelas ACS, tivemos dificuldades com o transporte nos 2 primeiros meses mas foi resolvido no terceiro mês para dar cumprimento ao 100% das visitas domiciliares.

Fizemos capacitação da equipe sobre temas referentes aos idosos, com o objetivo de melhorar o atendimento e tornar com mais qualidade, reunião da equipe para avaliação das ações e programar novas atividades, palestras nas escolas e atividades de sala de espera para os idosos e para toda a comunidade, para lograr que eles entendam a importância da intervenção e que pudessemos contar com seu apoio e participação ativa na mesma.

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, aumentar a formação de Grupos de Idosos, participação ativa das comunidades, participação ativa e eficaz dos gestores de saúde para solucionar as deficiências que podem se apresentar. 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.

Os aspectos que mais dependeram dos gestores foram as impressões das fichas espelho, da planilha de coleta de dados, sua participação em algumas atividades feitas por nós, o aporte do combustível para realizar as visitas domiciliares entre outras que todas permitiram viabilizar e melhorar a intervenção. Tivemos problemas com o transporte como já expliquei, sem isto não fosse acontecido as visitas domiciliares houberam sido nos 3 meses boa a cobertura, mas devido a isto, foram feitas no terceiro mês. Não participaram nas ações realizadas por a equipe porque referiam que coincidiram muitas vezes com encontros deles em outros municípios, de ser assim a comunidade fosse estado mais segura e mais agradecida

com eles, mais de igual forma nos nunca deixamos de realizar as ações mesmo que eles não aconteceram.

Para os gestores este projeto de intervenção também tem sido muito importante já que com a comunidade contente, agradecida e satisfeita, torna-se um ponto a seu favor pois denota que o trabalho realizado está sendo positivo e frutífero. Estamos motivados e com vontade de continuar nas ações pertinente para outros projetos e saiba que contamos com a ajuda e o apoio dos gestores do município.

Agradecemos o apoio!

4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade

Caros usuários,

A intervenção de saúde iniciada no mês de fevereiro, foi realizada na unidade de Saúde Santa Rosa situada na zona rural do mesmo nome, no município de Apodi do Estado Rio Grande do Norte. O total de população da área de abrangência ainda se mante em 2555 pessoas. A intervenção de saúde teve como objetivo melhorar a atenção à saúde das pessoas idosas de nossas comunidades, melhorar a qualidade da atenção e o registro das informações, buscando os idosos de risco, promovendo a saúde dos mesmos a través das palestras e conversas sobre ações para melhorar o estado e saúde de cada um deles.

No início da intervenção a equipe teve um encontro com alguns dos seus líderes para conhecerem o projeto e pedir sua colaboração na busca dos idosos junto aos agentes de saúde ou outras dificuldades que poderiam estar presentes. Os líderes foram muito receptivos em tudo momento e aceitaram apoiar no que fosse necessário Também conversamos com os gestores, para a disponibilização das cadernetas e fichas espelhos para a intervenção.

Nas visitas domiciliares par os idosos acamados o com problemas de locomoção também fizemos avaliação completa com o exame físico e as orientações para eles e sus familiares incluído a higiene ambiental e da vivenda. Também é importante conhecera condições e vida dos idosos, relações com a pessoa que cuida deles assim como as relações com sua família e vizinhos.

Por todas as ações e a importância desta intervenção para melhorar a saúde da pessoa idosa é que foi muito importante para a comunidade, porque ao igual que os agentes e a equipe, também foram capacitados nos temas referentes na saúde dos idosos, tiveram consciência da importância da prioridade deste grupo da população nas consultas devido a seu estado de saúde e idade que são grupos susceptíveis, também a comunidade teve participação na organização nos agendamentos das consultas, assim foi diminuindo os atendimentos por demanda espontânea desnecessários.

A comunidade participou nas reuniões com a equipe onde escutamos suas opiniões para dar uma possível solução, por isso sentem-se mais motivados a continuar colaborando com nós e até quer que já comecem outra intervenção em saúde com outro grupo etário porque estão contentos, já que nunca tinha acontecido uma intervenção na comunidade e muito menos com boa participação e comunicação com a equipe de saúde.

Vocês ganharam muito com esta intervenção, pois desde o início da mesma comunicamos os objetivos dela para que tiveram o conhecimento é assim poder ajudar na mesma junto com a equipe de saúde, nas distintas ações desenvolvidas. Logramos incorporar a intervenção na rotina de nosso serviço, dando prioridade aos idosos no atendimento diário o qual é apoiado pela população colaborado em esta ação sempre que é possível pois eles sabem que tudo o que fazemos na equipe é para que a atenção à saúde em nossa UBS seja cada vez melhor.

A intervenção teve muita importância para a comunidade, mediante as ações realizadas onde pudemos abordar temas relacionados com a prevenção, que permitam aos idosos se manter ativos e com um ótimo estado de saúde, e que possam ter qualidade de vida na terceira idade. A intervenção teve um bom impacto o qual é bem percebido, os idosos demonstraram satisfação com o atendimento as consultas, as palestras, e a comunidade entendia o porquê da prioridade no atendimento para este grupo. Por isso agradecemos a parceria.

5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Este Curso de Especialização em Saúde da Família foi uma nova experiência para mim, tenho que reconhecer que no início foi muito difícil, mas com a boa ajuda das orientadoras que tenho muito que agradecer, no passo dos dias tudo foi melhorando, além de ter seguindo as orientações oferecidas pelo curso para realizar cada tarefa das diferentes unidades. Com este curso de especialização também aprendi a ter mais habilidade e melhorar meu português, pôr em prática as tarefas no meu serviço tendo assim uma nova forma de trabalhar a qual é bem assimilada pela equipe.

Tive muitas expectativas no início do curso as quais foram cumpridas, com o desenvolvimento do mesmo e por meio do estudo das quatro unidades, adquiri mais capacidades e habilidades no trabalho na Atenção Básica a qual trouxe mudanças no serviço prestado na UBS e no trabalho da equipe, daí a importância e o significado grande para mim, para a equipe e a comunidade. Ajudou-me a conhecer alguns problemas das comunidades onde trabalhamos que eu não conhecia, principalmente o que se refere à saúde dos idosos 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 teve como resultado tornar-me melhor preparada em atenção primária à saúde no Brasil. Minha equipe, depois de todos os temas que foram estudados no transcurso, sente melhor preparada com mais conhecimentos e também está mais organizada e capacitada para fazer uma assistência de qualidade aos usuários e desta forma poder garantir a melhora da saúde da população cumprindo com os princípios fundamentais da saúde.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso – Brasília, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12).

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

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE**. Brasília, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br> Acesso em 12 fev 2015.

CHAIMOWICZ, F. **Saúde do idoso**. 2 ed. Belo Horizonte: NESCON UFMG, 2003. Disponível em: <<http://www.sbgg.org.br/profissionais/arquivo/livro-saude-do-idoso-flavio-chaimowicz.pdf>>. Acesso em 04 de nov. 2014.

Apêndices

Apêndice A - Fotografias durante a intervenção



Figura 10. Fotografia de visita domiciliar a idosa com dificuldade motora



Figura 11. Fotografia e visita domiciliar a idosos que moram em lugares de difícil acesso.



Figura 12. Fotografia de atividade no grupo de idosos.



Figura 13. Fotografia de atendimento e idosos na UBS.



Figura 14. Fotografia de atendimento no grupo de idosos no sitio Agua Fria.



Figura 15. Fotografia de atendimento no sitio Santa Cruz

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 Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo B - Planilha de coleta de dados

Indicadores de Saúde do Idoso - Mês 1													
Dados para coleta	Número do idoso	Nome do idoso	Idade do idoso	O idoso está com a Avaliação Nutricional Rápida em dia?	O idoso está com exame clínico apropriado em dia?	O idoso é hipertenso ou diabético?	O idoso hipertenso ou diabético está com solicitação de exames complementares a periódicos em dia?	O idoso está com prescrição de medicamentos pontualmente pela Farmácia Popular?	O idoso está acamado ou tem com problemas de locomoção?	O idoso acamado ou com problemas de locomoção recebeu visita domiciliar?	O idoso teve a verificação da pressão arterial na última consulta?	O idoso está com pressão sustentada maior que 150/90mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica?	O idoso hipertenso foi rastreado para diabetes?
Ordem 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
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
21													

Anexo D - Avaliação Multidimensional Rápida da Pessoa Idosa

ÁREA AVALIADA	AVALIAÇÃO BREVE	ENCAMINHAMENTOS
NUTRIÇÃO	O/A Sr/a perdeu mais de 4 kg no último ano, sem razão específica? _____ Peso atual: _____ kg Altura: _____ cm IMC = _____	Refere perda de peso ou apresenta IMC alterado nos extremos (desnutrição ou obesidade). Encaminhar ao nutricionista para a avaliação nutricional detalhada
VISÃO	O/a Sr/a tem dificuldade para dirigir, ver TV ou fazer qualquer outra atividade de vida diária devido a problemas visuais? Se sim, aplicar o cartão de Jaeger: Olho Direito: _____ Olho Esquerdo: _____	Se houver incapacidade de ler além de 20/40 no cartão de Jaeger, encaminhar ao oftalmologista
AUDIÇÃO	Aplicar o teste do sussurro, pág. 137 A pessoa idosa responde a pergunta feita? Ovido Direito: ___ Ovido Esquerdo: _____ Se não, verificar a presença de cerume. OD: _____ OE: _____	Na ausência de cerume e caso a pessoa idosa não responda ao teste, encaminhar ao otorrinolaringologista.
INCONTINENCIA	O/A Sr/a, às vezes, perde urina ou fica molhado/a? Se sim, pergunte: Quantas vezes? ____ Isso provoca algum incômodo ou embaraço? ____ Definir quantidade e frequência.	Pesquisar a causas. Ver capítulo de incontinência urinária (pág. 30)
DOMICILIO	Na sua casa há: Escadas? _____ Tapetes soltos? _____ Corrimão no banheiro? _____	Sim para escada ou tapete e Não para corrimão — Avaliar a segurança domiciliar e instituir adaptações necessárias.
QUEDA	Quantas vezes? _____	Orientar prevenção, ver capítulo de quedas (pág. 37)
SUPORTE SOCIAL	Alguém poderia ajudá-lo/a caso fique doente ou incapacitado? ____ Quem poderia ajudá-lo/a? _____ Quem seria capaz de tomar decisões de saúde pelo/a Sr/a caso não seja capaz de fazê-lo? ____	Identificar, com o agente comunitário de saúde ou em visita domiciliar, a família/rede de pessoas que possam apoiá-lo/a. Realizar APGAR de família (pág. 168) e ECOMAPA (pág. 174).
ATIVIDADE SEXUAL	O/A Sr/a tem algum problemas na capacidade de desfrutar do prazer nas relações sexuais?	Se sim, fornecer informações essenciais sobre as alterações da sexualidade. Identificar problemas fisiológicos e/ou psicológicos relacionados.
HUMOR/DEPRESSÃO	O/A Sr/a se sente triste ou desanimado/a frequentemente?	Se sim, Aplicar a Escala de Depressão Geriátrica (pág 142)
COGNIÇÃO E MEMÓRIA	Solicitar à pessoa idosa que repita o nome dos objetos: Mesa Maça Dinheiro Após 3 minutos pedir que os repita.	Se for incapaz de repetir os 3 nomes, aplique o MEEM. Complementando esse, pode ser aplicado o teste do Relógio (pág. 138), Teste de Fluência verbal (pág. 138) e o Questionário de Pfeffer (pág. 138). Caso, ao final dos testes, ainda haja dúvidas acerca do diagnóstico, a pessoa idosa deverá ser encaminhada para testes neuropsicológicos mais elaborados.
FUNÇÃO DOS MMSS	Proximal: Ver se a pessoa idosa é capaz de tocar a nuca com ambas as mãos. Distal: Ver se a pessoa idosa é capaz de apanhar um lápis sobre a mesa com cada uma das mãos e colocá-lo de volta.	Incapacidade de realizar o teste — fazer exame completo dos MMSS. Atenção para dor, fraqueza muscular e limitação de movimentos. Considerar possibilidade de fisioterapia (após teste).
FUNÇÃO DOS MMII	Ver se a pessoa idosa é capaz de: Levantar da cadeira: ____ Caminhar 3,5m: ____ Voltar e sentar: ____ Atenção para dor, amplitude de movimentos, equilíbrio e avaliação da marcha.	Incapacidade de realizar o teste - fazer exame completo dos MMII. Atenção para dor, fraqueza muscular e limitação de movimentos. Aplicar escala de avaliação do equilíbrio e da marcha de Tinetti (página xx) e Medida de Independência Funcional — MIF (pág. 148). Considerar possibilidade de fisioterapia (após teste).
ATIVIDADES DIÁRIAS	Sem auxílio, o/a Sr/a é capaz de: Sair da cama? ____ Vestir-se? ____ Preparar suas refeições? ____ Fazer compras? ____ Se não > Determinar as razões da incapacidade (comparar limitação física com motivação), solicitar informações junto aos familiares.	Na presença de limitações, instituir intervenções de saúde, sociais e ambientais apropriadas. Aplicar escala de avaliação de MIF (pág. 148), de Katz (página 145) e escala de Lawton (pág. 147).

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

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Assinatura do declarante