

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma nº 9**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa na UBS Centro 3,
Extremoz/RN**

Tereza Cristina Lemos de Almeida

Pelotas, 2016

Tereza Cristina Lemos de Almeida

**Melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa na UBS Centro 3,
Extremoz/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.

Orientador: Cristina Dutra Ribeiro

Pelotas, 2016

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

A447m Almeida, Tereza Cristina Lemos de

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na UBS Centro 3, Extremoz/RN / Tereza Cristina Lemos de Almeida; Cristina Dutra Ribeiro, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

85 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2016.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Saúde do Idoso
4.Assistência domiciliar 5.Saúde Bucal I. Ribeiro, Cristina Dutra, orient.
II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este Trabalho aos Usuários da UBS Centro 3,Extremoz, RN.

Agradecimentos

Agradeço a minha família pela paciência e compreensão.

Ao meu filho por entender minha ausência, a Deus por fazê-lo superar.

A minha orientadora Cristina pela ajuda dispensada na construção deste trabalho.

A Equipe da UBS Centro 3 por acreditar que sempre é possível fazer algo pelo bem da vida das pessoas.

Resumo

ALMEIDA, Tereza Cristina. **Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa idosa na UBS Centro 3, Extremoz/RN**. 2016. 83f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

O envelhecimento de qualidade é direito de toda e qualquer pessoa. Um considerável número de pessoas idosas é atingido por doenças crônicas não transmissíveis, por isso se faz necessário um acompanhamento eficaz, tanto por profissionais da saúde como pelos familiares. Essas doenças crônicas, geralmente, interferem na qualidade de vida dos idosos dificultando ou até mesmo impedindo o desempenho de atividades cotidianas de forma independente. As políticas de saúde têm como função contribuir para que as pessoas alcancem longevidade de vida com qualidade. Diante disso, o objetivou-se melhorar a atenção à saúde da pessoa idosa na UBS Centro 3, Extremoz/RN. A intervenção foi desenvolvida durante doze semanas, entre os meses de dezembro de 2015 e março de 2016. Para a realização dessa intervenção, foram planejadas ações nos eixos de Monitoramento e Avaliação, Organização e Gestão do Serviço, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica, levando-se em consideração as necessidades da população do território de abrangência, a viabilidade de aplicação das ações e a expectativa de obtenção de resultados. Foram cadastrados 242 (46,1%) idosos sendo que todos estes tiveram avaliação multidimensional rápida, realização de exame clínico, foram rastreados para hipertensão, tiveram avaliação da necessidade de atendimento odontológico, tiveram registro na ficha espelho, foram avaliadas para fragilização na velhice, tiveram avaliação da rede social em dia, receberam orientação para hábitos alimentares saudáveis, prática regular de atividade física e higiene bucal, todos os faltosos às consultas que receberam busca ativa. Alguns indicadores que não alcançaram 100% foram idosos hipertensos rastreados para diabetes onde tivemos 194 (80,2%), 93 (38,4%) tiveram solicitação para realização dos exames complementares, 211 (87,2%) tiveram prescrição priorizada da farmácia popular. Esta intervenção trouxe benefício para os idosos acompanhados, entre os quais há usuários com hipertensão, usuários com diabetes, acamados e os que apresentam outras doenças crônicas e que aprenderam a conviver de forma diferenciada com as mesmas. As ações iniciadas com o processo de intervenção serão mantidas na rotina do serviço para continuar a garantir melhoria na qualidade de vida de todos os idosos acompanhados pela Unidade.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico da cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na UBS Centro 3, Extremoz, RN, 2016.	62
Figura 2	Gráfico da proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia na UBS na UBS Centro 3, Extremoz, RN, 2016.	63
Figura 3	Gráfico da proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia na UBS Centro 3, Extremoz, RN, 2016.	64
Figura 4	Gráfico da proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada na UBS Centro 3, Extremoz, RN, 2016.	66
Figura 5	Gráfico da proporção de usuários idosos com hipertensão rastreados para usuários com diabetes na UBS Centro 3, Extremoz, RN, 2016.	68
Figura 6	Gráfico da proporção de usuários idosos com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Centro 3, Extremoz, RN, 2016.	69
Figura 7	Gráfico da proporção de idosos com registro na ficha-espelho em dia na UBS na UBS Centro 3, Extremoz, RN, 2016.	71
Figura 8	Gráfico da proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia na UBS Centro 3, Extremoz, RN, 2016.	73
Figura 9	Gráfico da proporção de idosos com avaliação de risco para fragilização na velhice em dia na UBS Centro 3, Extremoz, RN, 2016.	74
Figura 10	Gráfico da proporção de idosos com avaliação de rede social em dia na UBS Centro 3, Extremoz, RN, 2016.	75

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
DM	Diabetes mellitus
EaD	Especialização à Distância
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
RN	Rio Grande do Norte
TQC	Teste de Qualificação Cognitiva
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

Sumário

Apresentação.....	10
1.1 Análise Situacional.....	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS.....	11
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	17
2 Análise Estratégica.....	19
2.1 Justificativa.....	19
2.2 Objetivos e metas.....	21
2.3 Metodologia.....	23
2.3.1 Detalhamento das ações.....	23
2.3.2 Indicadores.....	44
2.3.3 Logística.....	50
2.3.4 Cronograma.....	52
3 Relatório da Intervenção.....	53
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	53
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	57
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	57
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	57
4 Avaliação da intervenção.....	59
4.1 Resultados.....	59
4.2 Discussão.....	71
5 Relatório da intervenção para gestores.....	74
6 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	77
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	79
6 Referências.....	81
Anexos.....	82

Apresentação

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade à distância, da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) em parceria com a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS). A intervenção em saúde realizada a partir do projeto proposto teve como objetivo qualificar o Programa de Atenção à Saúde dos Idosos pertencentes à Unidade Básica de Saúde Centro 3, Extremoz/RN.

No primeiro capítulo trata da análise situacional, apresentando o município ao qual pertence a unidade, a descrição da unidade e uma análise do processo de atenção à saúde realizado na mesma.

No segundo capítulo será descrita a análise estratégica utilizada, apresentando e detalhando os objetivos, as metas, os indicadores, a metodologia utilizada, as ações propostas para a intervenção e o cronograma.

No terceiro capítulo será apresentado o relatório de intervenção demonstrando as ações previstas para a intervenção que foram desenvolvidas, as ações que não foram desenvolvidas, as dificuldades encontradas na coleta e sistematização dos dados e uma análise da viabilidade da incorporação das ações previstas para a intervenção à rotina do serviço.

O quarto capítulo apresentará uma avaliação da intervenção com análise e discussão de seus resultados.

Já o quinto e sexto capítulos apresentarão o relatório da intervenção para os gestores e para a comunidade, respectivamente.

No capítulo sete será apresentada uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

Ainda, ao final será trazida a bibliografia utilizada para este trabalho bem como os anexos que serviram como orientação para o desenvolvimento desta ação.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A USF Centro 3 está localizada no centro da cidade de Extremoz no Rio Grande do Norte na Região metropolitana da capital. Não tem estrutura adequada para funcionar como UBS, pois no espaço há apenas duas salas, sendo que uma é destinada à farmácia e ao consultório médico e outra destinada ao atendimento da enfermagem. Não há sala disponível para vacina. Quando em algum momento é feita vacinação na unidade, utiliza-se também o consultório médico. Não há almoxarifado, não há sala para esterilização, não há sala de reuniões, não há sala para ACS, não há local destinado ao lixo.

Não temos local para material contaminado, não há material mínimo necessário para atendimento de urgências. Possuímos um local improvisado para curativos, e o mesmo é destinado para a retirada de pontos de suturas, mas este também não possui iluminação adequada e também não oferece privacidade ao atendimento visto que é delimitado por dois biombos e encontra-se na recepção da unidade.

Na sala destinada à recepção, encontramos um arquivo onde ficam prontuários com fácil acesso, a maior parte ficam em caixas de papelão (fora do armário/arquivo) impossibilitando guardá-los seguramente.

A maior parte dos prontuários são individuais e sem identificação numérica, arquivados por ordem alfabética sem separação de micro-áreas o que dificulta delimitar os principais agravos em determinadas áreas e fazer as buscas ativas quando necessárias, por exemplo. Complicando esta situação, usuários cedem seus números e nomes de prontuários para pessoas de outras

áreas e até de outras cidades para que sejam atendidos na nossa unidade o que eleva ainda mais a demanda.

A unidade não tem uma real adscrição da área, respondendo por aproximadamente 13 mil usuários.

Contamos com duas técnicas de enfermagem admitidas sem qualquer vivência em ESF, o enfermeiro ao chegar também referiu falta de treinamento pois sua vivência era de atendimento hospitalar.

Nesta equipe temos 7 agentes comunitários de saúde (ACS) e 14 micro-áreas portanto temos 7 micro-áreas sem ACS.

A população assistida vive a dificuldade de acesso já que é humanamente impossível, nestas condições não ser criada uma grande demanda reprimida. Tentamos realizar o acolhimento, mas este também é prejudicado. A equipe vive constantemente a angústia de não poder atuar satisfatoriamente nos principais agravos e nos principais programas do Ministério da Saúde que beneficiariam a população de nossa área de abrangência.

Houve a princípio uma tentativa da gestão de manter atendimento sem características de ESF já que não incentivava as ações de promoção da saúde e reuniões dentro da equipe e da comunidade, pois o número de atendimentos era a meta. Estamos tentando mudar esta situação de caos embora existam resistências da população que entende a necessidade de mais atendimentos e da gestão que de certa forma acomodou-se a este quadro.

1.2 Relatório da Análise Situacional.

A ESF Centro 3 está localizada no município Extremoz- RN. Extremoz faz parte da região metropolitana de Natal e é considerada cidade geradora de turismo, principalmente pelas suas praias. O IBGE estima para a cidade em 2015, uma população de aproximadamente 27.525 habitantes. Esta estimativa segue o censo de 2010 e este número pode estar subestimado, pois a cidade nos últimos anos vive uma grande expansão populacional devido à construção de grandes conjuntos habitacionais populares. O crescimento da população não foi acompanhado pela reorganização dos serviços de saúde o que tem levado a população a uma assistência em saúde precarizada.

Em 2010, de acordo com o IBGE, 98% dos domicílios eram compostos por casas e esta característica tem se mantido nos últimos anos. Quanto a ocupação, aproximadamente 80% desses domicílios eram próprios, 77,5% recebia água tratada e 77,2% possuía coleta de lixo.

A estrutura da rede de saúde municipal hoje conta com 09 unidades com estratégia de saúde da família, 01 centro de especialidades com atendimento ambulatorial de especialidades, 01 centro de apoio psicossocial, o núcleo de apoio a saúde da família (NASF) que conta com um assistente social, um educador físico, uma nutricionista e um psicólogo, mas que não consegue atender a demanda de todas as unidades de saúde. O município disponibiliza aos usuários uma unidade hospitalar onde são realizados atendimentos de urgência e emergência em clínica médica e obstetrícia. No município não há hospital privado. Os exames laboratoriais são realizados em um laboratório disponibilizado pelo município para exames de análises clínicas através de convênio, porém há uma carência quantitativa e qualitativa importante o que impõe aos pacientes a realização de muitos exames na rede privada. Podendo ser realizados também no laboratório que mantém convênio para exames com o município.

A rede de atenção que é utilizada como referência para as especialidades não disponibilizadas pelo município é de acesso difícil no que se refere a exames de imagem e especialistas o que faz com que os usuários aguardem algumas vezes meses ou anos por exames ou procedimentos cirúrgicos.

Considerando indicadores de longevidade (saúde), renda e educação, o programa das nações unidas para o desenvolvimento divulgou o índice de desenvolvimento humano municipal (IDH-M), sendo que em 2000 o IDH-M era de 0,694 e no ano de 2013 este índice era de 0,660.

A ESF centro 3 é vinculada ao SUS, e não há vínculo com instituições de ensino. Conta com uma equipe de saúde da família composta por 01 médico, 01 enfermeiro, 07 agentes comunitários de saúde (ACS), 02 técnicas de enfermagem e 01 auxiliar de serviços gerais. A equipe de odontologia que responde pelos atendimentos do Centro 3 utiliza uma sala em outra unidade de saúde para realização desses atendimentos, pois a nossa unidade não disponibiliza salas para a odontologia por inadequação da estrutura física.

A sua atual estrutura física é inadequada para seu funcionamento, oferecendo dificuldades na adaptação para que possamos desenvolver ações pertinentes a estratégia saúde da família. A falta da sala de vacinas, consultório dentário, sala de reuniões e de procedimentos como nebulizações e curativos tem acarretado transtornos maiores no que se refere a estrutura física. Para minimizar esta questão temos tentado junto a gestão, a mudança para outro imóvel que se adapte melhor a uma ESF, porém não há previsão para que essa questão seja resolvida.

Não temos conseguido realizar adequadamente ações de educação em saúde, a falta da equipe de saúde bucal e da sala de vacina que funcionam em outra unidade (Centro I) distante do Centro 3, tem dificultado algumas ações e o acesso da população a esses programas.

A população pela qual a UBS Centro 3 responde é de aproximadamente 13.000, sendo que nossa equipe possui 5250 usuários, só que atualmente a unidade conta com apenas a nossa equipe prestando atendimento para todos os usuários da área de abrangência. E, como a demanda da atenção é grande na nossa unidade, supomos que os cadastramentos das famílias de nossa área de abrangência estejam desatualizados. Sendo assim, temos tentado junto a gestão a contratação de mais profissionais para o adequado atendimento à população e para minimizar a demanda reprimida.

A maior demanda de usuários atualmente é a espontânea, entretanto estamos implantando os grupos de gestantes, hipertensos, diabéticos, de atenção à saúde da criança e saúde da mulher. Esses grupos têm agendamentos realizados e pontualmente realizamos ações em educação em saúde para estes como palestras em sala de espera já que não dispomos de local para reuniões. A equipe tem se empenhado em dar respostas aos problemas da demanda dentro do possível. Temos tentado manejar a demanda excessiva priorizando os grupos de risco e as doenças crônicas. Estes problemas serão minimizados com o aumento do número de equipes e minimizando as áreas descobertas por ACS que hoje responde por aproximadamente 70% da área de abrangência.

No que se refere a saúde da criança, é realizado o atendimento de 185 crianças na faixa etária menor que 1 ano. Destas, 62% encontra-se com consultas em dia quando consideramos o protocolo do Ministério da Saúde. Porém 38%

encontra-se com atraso de mais de 7 dias em suas consultas e 37% tiveram o teste do pezinho realizado nos primeiros 7 dias de vida. Nosso controle pós-natal encontramos dificuldades devido à grande área descoberta por ACS e grande atendimento às gestantes de outras áreas. A falta de ACS e de cadastro atualizado não nos permite o controle desta ação.

Todos os acompanhados na unidade recebem orientação quanto a amamentação nos atendimentos realizados. Estamos com ações de orientações às famílias sobre alimentação, saúde bucal, prevenção de acidentes, avaliação do calendário vacinal, seguimento do crescimento e desenvolvimento e contamos com o suporte do serviço de pediatria do município. As ações de monitoramento estão ocorrendo, porém de forma ainda não sistematizadas quanto a regularidade. São utilizados os prontuários e registros de atendimentos em livro próprio para gestantes e crianças.

As ações no pré-natal tem seguido de forma programática como preconizado pelo Ministério da Saúde, temos feito esforços maiores para o atendimento a este grupo para minimizarmos riscos ao binômio mãe-filho. Nossa dificuldade é adequar o grande número de gestantes a apenas uma equipe, o que causa transtornos a equipe e danos ao atendimento, pois se atendêssemos a população apenas de nossa equipe teríamos 53 gestantes em nossa área, mas se formos considerar que atendemos toda a demanda da população seriam aproximadamente 130 gestantes. Dessa forma não conseguimos dar o devido acompanhamento as gestantes de nossa área, mas toda a gestante que vem a consulta realizamos exame ginecológico e de mamas conforme o preconizado, solicitação de exames laboratoriais, prescrição de suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico, verificamos o risco gestacional e realizamos orientações de promoção da saúde. Já o seguimento puerperal tem sido prejudicado pela falta do ACS.

A UBS Centro 3 tem aproximadamente 3270 mulheres em idade entre 25 e 64 anos, sendo assim pela falta de registros nosso cadastro não permitiu o preenchimento dos dados do caderno de atenção programática referentes a prevenção de Ca de colo de útero, mas uma vez por semana é realizada coleta de CP para as usuárias nessa faixa etária pela livre demanda ou quando verificamos algum caso de suspeita para ca de colo de útero. Mas nos últimos

meses a coleta para a colpocitologia oncótica não está sendo realizada na unidade pela falta de material, mantivemos as ações de prevenção em orientações para redução de riscos e os exames continuam sendo realizados no Centro de Especialidades para onde referenciamos estas usuárias enquanto estamos sem condições de realiza-los.

Quanto as usuárias na faixa etária de 50 a 69 anos estima-se que a área de abrangência da nossa unidade tenha 950 mulheres que deveriam ser rastreadas para o Ca de mama, mas não possuímos disponibilidade para realização de mamografia para a população alvo, mas durante as consultas é realizado o exame das mamas e as orientações quanto a redução de riscos referentes ao tabagismo, obesidade e atividade física tem sensibilizado um maior número de mulheres para o câncer de mama.

Quanto aos usuários com hipertensão e/ou diabetes temos feito atendimentos programados e seguimos recomendações do Ministério da Saúde no que se refere aos exames preconizados. Realizamos os agendamentos todos os dias para dois turnos da semana para estas pessoas. A dificuldade refere-se ao acesso às medicações, porém conseguimos minimizar um pouco a demanda reprimida nesse grupo e assim o número de doentes descompensados foi reduzido o que minimiza os riscos das complicações dessas patologias. Com os grupos de hipertensos e diabéticos temos levado orientações e discutido essas patologias aumentando o controle dos níveis de glicemia e pressão arterial de acordo com percepção da equipe. A falta de dados de cadastro não permitiu o preenchimento do caderno de ação programática de hipertensão e diabetes. Temos uma estimativa de 1680 usuários hipertensos e 340 diabéticos na população. Tivemos dificuldade na coleta de dados que não nos permitiu o preenchimento de todo o CAP, pois não possuímos separação dos registros para estes usuários.

Após a análise dos dados referentes à saúde do idoso, percebemos que não realizamos atendimento adequado a esse grupo. As ações têm sido pontuais e não temos uma organização dessas ações, não seguindo protocolos. Não temos instrumentos para o monitoramento das ações. O atendimento a este grupo é realizado por agendamento em um turno da semana junto aos demais grupos de usuários. Porém, não há na agenda um dia específico para esse atendimento.

Não estão sendo realizadas atividades educativas para a população idosa, e nem seguimos a nenhum tipo de protocolo do Ministério da Saúde para a atenção dos mesmos. Esta já era uma preocupação da equipe e que foi reforçada após a análise dos questionários.

Não foi possível o preenchimento do caderno de ação programática no que se refere a saúde da pessoa idosa. Não há ficha espelho, não há local separado para prontuários não há livros de registros o que tornou impossível a coleta de dados. Eles não possuem caderneta dos idosos e também não recebem orientações para promoção da saúde.

Tentaremos encontrar meios para a melhoria e adequação ao atendimento a este grupo para que possamos reduzir riscos e ofertar atendimento adequado quando necessário e de forma organizada.

Concluindo a análise situacional da UBS Centro 3 mesmo em meio às dificuldades na coleta de dados, percebemos com a evolução dos questionários e análise dos cadernos de ações programáticas, que nossa dificuldade tem sido adequar a população a uma só equipe de saúde da família. Porém, estamos recebendo sinais da sensibilização da gestão a respeito da contratação de mais profissionais para a UBS. Sendo que esta sensibilização foi possível após essa análise, pois embasamos informações que permitiram que a atual gestão pensasse em realizar as mudanças necessárias e ainda motivar uma equipe a trabalhar em condições muito adversas e assim tentar melhorar indicadores com as mudanças e adequações necessárias.

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

Durante a análise situacional, realizando as atividades propostas, conseguimos melhorar algumas deficiências de nossa unidade como melhorar algumas ações de saúde que são preconizadas pelo Ministério da Saúde. Também verificamos a importância de ter os registros e informações dos usuários de forma organizada, bem como haver algum tipo de arquivo específico ou livro registro dos usuários que pertencem aos grupos prioritários.

Também percebemos durante a análise situacional a inexistência de um programa específico para atenção das pessoas idosas, bem como a não

utilização do protocolo pré-estabelecido pelo Ministério da Saúde para o atendimento destes usuários.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

Envelhecer com qualidade de vida é direito assegurado no estatuto do idoso. O processo de envelhecimento e a velhice continuam como constante preocupação da humanidade embora o resultado desta preocupação ainda não tenha demonstrado os resultados esperados. A participação da população de idosos no total da população brasileira mais do que dobrou nos últimos 50 anos. Em 1960 era de 4,7% e em 2010 essa representação passou para 10,8% da população (IBGE, 2010).

Junto ao crescimento da população idosa, ocorre o aumento das doenças crônicas e degenerativas. Diante desta perspectiva deve-se pensar em melhorias na atenção à saúde da pessoa idosa minimizando complicações, o não crescimento do grau de dependência, manutenção da autonomia e com isso a melhora na qualidade de vida desse grupo e de seus familiares. É função da atenção primária em saúde junto à comunidade onde estão inseridos, promover saúde e preparar respostas decorrentes do envelhecer (BRASIL, 2006). O principal objetivo da ação de melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa na Unidade de Saúde Centro 3 é a promoção do envelhecer de forma mais saudável e ativa para a população com mais de 60 anos.

A UBS Centro 3 é composta por uma equipe de saúde com um médico, um enfermeiro, sete agentes comunitários de saúde, dois técnicos em enfermagem e um auxiliar em serviços gerais. Tem estrutura inadequada para o funcionamento da ESF. Existindo apenas duas salas para todos os atendimentos realizados, um banheiro para uso da equipe e usuários e uma sala de espera onde é realizado o acolhimento. Portanto não há salas para reuniões, não existe sala para ACS, não há local adequado para guardar prontuários nem arquivos nem sala para curativos e outros procedimentos.

O número total de usuários idosos do centro 3 é de 1.406. Este número foi estimado pelo CAP para uma população de 13.000 usuários. No início da intervenção chegou na unidade uma outra médica para responder pelas áreas descobertas e que não farão parte da intervenção. Para intervenção na área coberta pela equipe da ESF temos uma população de 5.250 usuários com estimativa de aproximadamente 525 idosos. Este grupo é atendido através da demanda espontânea e não há ações de promoção e prevenção para essa população. Ainda não são seguidos protocolos no atendimento. Não há cadastro atualizado dos usuários atendidos na unidade. E aproximadamente 75% dos 13.000 usuários são de áreas descobertas. A desorganização em prontuários individuais não possibilitou todos os dados para o preenchimento do CAP referentes à saúde do idoso. A falta de planejamento de ações tem como efeito a procura pelo serviço de saúde durante as complicações de patologias que poderiam ser evitadas e o frágil vínculo do grupo com a equipe de saúde assim como os riscos a este grupo vulnerável. Não existe registros para avaliarmos os atendimentos de pessoas idosas e o levantamento através de prontuários individuais não nos permite o monitoramento de ações. Mas é baixa a adesão de pessoas idosas que decorre da dificuldade de acesso pela alta demanda que hoje ocorre em nossa unidade bem como da falta de um programa voltado para esta população.

Diante do exposto, o desenvolvimento da intervenção na atenção à saúde da pessoa idosa poderá melhorar as ações da equipe, o engajamento da população, fortalecer vínculos e aperfeiçoar a prática clínica para que posamos melhorar a saúde da população idosa da nossa área de abrangência. Teremos dificuldades no engajamento do ACS que não exercem suas funções de forma satisfatória, pois a carga horária hoje não é de 40 horas e estes referem falta de motivação, falta de capacitações ao longo de muitos anos e falta de condições para a realização das atividades. Esperamos continuar na tentativa do melhor envolvimento com as ações e da realização do cadastramentos dos idosos das áreas de abrangência que estão cobertas pelos ACS. As buscas aos faltosos serão prejudicadas por este problema e a falta de transporte para as visitas domiciliares de forma adequada também preocupa a equipe. Como facilitador

teremos o desejo da população de que seja realizada no Centro 3 ação voltada à saúde do idoso.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde da pessoa idosa na UBS Centro 3, em Extremoz/RN.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 60%.

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 tendo como referência a proposta de avaliação do Ministério da 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.

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

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

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

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

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

Meta 2.8 Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg 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.

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

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

Objetivo 4 – Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

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

Objetivo 6 – Promoção à saúde dos idosos.

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

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

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

2.3 Metodologia

O projeto está estruturado para ser realizado no período de 3 meses (12 semanas) com função de ampliar e organizar ações voltadas à melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa na UBS Centro 3 no município de Extremoz/RN. Para a intervenção, são planejadas ações referentes a monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Foram levadas em consideração as características da população assistida no Centro 3 e suas necessidades dentro da viabilidade para realização das ações e a expectativa da melhoria de resultados. Desta intervenção irão participar os idosos da área de abrangência do Centro 3 com 60 anos completos ou mais esta ação contará com toda a equipe de saúde da referida unidade.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo – Ampliar a cobertura do programa de Saúde do Idoso.

Meta 1 – Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da unidade de saúde para 60%

Eixo Monitoramento e avaliação:

Ações: Monitorar o número de atendimentos de idosos na área da unidade centro 3 com análise da cobertura uma vez por mês.

Cadastrar todos os idosos da área de cobertura da unidade.

Detalhamento: Os agentes de saúde farão os cadastros em domicílios este também poderá ser realizado pelo profissional responsável pelo atendimento inicial caso o referido cadastro ainda não tenha sido realizado para evitar perda de oportunidade de cadastro. O monitoramento será realizado pela médica e enfermeira da unidade.

Eixo Organização e gestão do serviço:

Ações:

Manter na unidade cadastro e registro atualizados dos idosos, melhorar o acolhimento para os usuários com 60 anos ou mais com instrumentos adequados que permitam o monitoramento.

Detalhamento: Fazer a atualização de 100% dos cadastros e registros dos usuários idosos, sob a responsabilidade dos ACS ou profissional que realizar atendimento na unidade no primeiro contato. Providenciar espaço em local seguro na unidade para arquivamento dos cadastros e dados colhidos, será responsável por esta ação as técnicas de enfermagem que hoje respondem pelo arquivo e/ou qualquer outro profissional que utilize os cadastros para evitar perdas de material. A médica da unidade realizará a capacitação da equipe para a realização do acolhimento, e cadastro.

Eixo Engajamento Público:

Ações: Fazer palestras com a comunidade e idosos sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento e sobre as mudanças que estão ocorrendo na unidade de saúde para melhorar assistência aos idosos melhorando o engajamento das famílias.

Detalhamento:

Realizaremos reunião com a equipe para planejar atividade que informe a comunidade sobre a importância de trabalhar prevenção em saúde na população idosa e orientar a mesma sobre os fatores de risco nessa população . Esta reunião deverá ocorrer antes de iniciada a intervenção (coleta de dados) para termos na adesão da comunidade um facilitador desta intervenção.

Capacitar os ACS na busca de idosos que não estão realizando acompanhamento adequado. A reunião será de responsabilidade do médico da unidade assim como a capacitação dos ACS para esta ação.

Eixo Qualificação da Prática Clínica:

Ações: Capacitação da equipe para o acolhimento e cadastramento dos idosos da área de abrangência da unidade de saúde acolhendo as necessidades do idoso na unidade.

Detalhamento: Capacitar a equipe sobre a necessidade específica do grupo dessa intervenção, a fim de que a equipe após entender necessidades e particularidades do grupo da intervenção, e assim mais facilmente possa realizar acolhimento adequado e passar orientações, pois isso permite a compreensão da importância das ações e aumentar o engajamento público. Esta ação será realizada pelo médico da unidade.

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 referencia a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Eixo Monitoramento e avaliação:

Ações: Realizar monitoramento da realização da avaliação multidimensional rápida para todos os idosos acompanhados na unidade.

Detalhamento: monitorar a cada 6 meses a realização da avaliação multidimensional Rápida obtendo assim recursos para elaborar plano de cuidados multidisciplinar do idoso.

Estas ações serão de responsabilidade do enfermeiro e médico da equipe e levadas para reunião para ciência de toda equipe.

Eixo Organização e gestão do serviço:

Ações: Garantir material necessário para que seja realizada a Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos.

Definir as atribuições de cada membro da equipe para esta ação

Detalhamento: Será de responsabilidade do médico e enfermeiro solicitar ao gestor municipal os instrumentos necessários para a realização da avaliação, para que esta ação seja realizada de forma adequada, será necessário o engajamento das técnicas de enfermagem e para isso serão orientadas pelo médico da unidade.

Eixo Engajamento Público:

Ações: Orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno reduzindo e evitando limitações visando o envelhecimento saudável.

Detalhamento: A equipe fará orientações em sala de espera para prover o usuário e familiares dos conhecimentos necessários quanto as suas necessidades, para que se estabeleça uma relação de confiança entre usuários e a equipe. Esta ação será realizada pelo médico e ou enfermeiro nos minutos que antecedem o atendimento.

Eixo Qualificação da Prática Clínica:

Ações: Realizar capacitação da equipe quanto ao atendimento dos idosos.

Treinar a equipe para a aplicação da Avaliação multidimensional rápida.

Treinar a equipe para os encaminhamentos para a referência especializada nos casos de necessidade de avaliações mais complexas.

Detalhamento: Segundo modelo da avaliação multidimensional rápida do MS, realizar orientação à equipe para que seja conhecida a aplicação adequada desse instrumento. Com responsabilidade do médico da unidade.

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

Eixo Monitoramento e avaliação:

Ações: Monitorar a realização do exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: Garantir o monitoramento da realização do exame clínico apropriado, Esse monitoramento deverá ser realizado pela equipe de saúde mediante registros dos atendimentos e exames físicos realizados. Esta ação será de responsabilidade do médico e enfermeiro e deverá ser realizada periodicamente.

Eixo Organização e gestão do serviço:

Ações: Definir atribuições das técnicas da equipe no exame de usuários idosos com hipertensão e/ou diabetes.

Garantir busca a idosos que não realizaram exame clínico apropriado. Manter na agenda espaço para acolher os usuários idosos com hipertensão e diabetes provenientes das buscas domiciliares, para usuários com alterações cardiovasculares e para aqueles que demandem atendimento especializados garantir a referência sendo esta o Centro de Especialidades Municipal.

Detalhamento: Capacitação periódica das técnicas de enfermagem sobre o exame clínico do usuário idoso. A ação de orientação às técnicas será realizada pelo médico da equipe. A busca aos pacientes que não tenham realizado o exame adequado é de responsabilidade dos ACS após orientação do médico e ou enfermeiro da equipe responsável pelo monitoramento.

Eixo Engajamento Público:

Ações: Orientar os usuários e a comunidade quanto importância do exame clínico adequado na redução de riscos nas doenças cardiovasculares e neurológicas

Detalhamento: Manter informada a população dos riscos de sofrer doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes de doenças como o diabetes e a hipertensão tornando-os sujeitos ativos na busca de alterações passíveis de cuidados. Esta ação deverá ocorrer a grupos em sala de espera ou em reuniões pertinentes e realizadas pelo médico e/ou enfermeiro.

Eixo Qualificação da Prática Clínica:

Ações: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Capacitar a equipe para o registro adequado da avaliação clínica em todos os atendimentos.

Detalhamento: O exame clínico adequado com registro adequado facilitará tomada adequada de decisões para a boa prática clínica, isso deverá ser enfatizado nas reuniões da equipe referentes a esta intervenção onde os referidos treinamentos serão realizados. O Médico da equipe será a responsável pela realização dessa ação.

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

Eixo Monitoramento e avaliação:

Ações: Monitorar o número de idosos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado pelo ministério da saúde bem como a periodicidade da solicitação desses exames.

Detalhamento: utilizar as fichas espelhos para monitorar esse objetivo sendo o enfermeiro da equipe será a responsável pela realização da referida ação.

Eixo Organização e gestão do serviço:

Ações: Garantir a solicitação dos exames complementares. Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Detalhamento: realização de exames complementares preconizados faz parte da adequada assistência a saúde do idoso. A checagem de solicitação dos

exames necessários deve fazer exames da consulta regular do idoso. Levar ao gestor municipal esclarecimentos sobre esta conduta facilitará o acesso a estes exames complementares que é parte importante para o diagnóstico de muitas doenças por esse motivo devemos garantir a solicitação e realização dos exames. O médico será o responsável pela orientação quanto a importância de viabilizar a realização dos exames pelo gestor.

Eixo Engajamento público:

Ações: orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares em periodicidade adequada minimizando riscos e custos desnecessários.

Detalhamento: orientar desmistificando a crença de que a solicitação de exames complementares tem na solicitação apenas a vontade do profissional de saúde orientando a população de idosos e seus familiares que existem protocolos estabelecidos para a segurança dos pacientes e embora isso seja analisado caso a caso, seguimos orientações do ministério da saúde quanto a periodicidade na maioria dos casos. Ação de orientação que deverá ser realizada pelo médico e o enfermeiro nas conversas e reuniões, sala de espera com os usuários principalmente durante a implementação da intervenção.

Eixo Qualificação da prática clínica:

Ações: Capacitar a equipe para utilizar o protocolo adotado pelo MS quanto a solicitação de exames complementares na população idosa.

Detalhamento: capacitar a equipe sobre a solicitação de exames complementares dos usuários idosos de acordo com o protocolo adotado pelo MS. O responsável pela ação será o médico da equipe.

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

Eixo Monitoramento e avaliação:

Ações: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular.

Detalhamento: Acompanhar o acesso aos medicamentos de uso contínuo, fornecidos pela farmácia popular para o usuário idoso, mediante os registros nas consultas. A análise dos dados terá como responsáveis o médico e

o enfermeiro da equipe. E o registro em planilha será realizado pelas técnicas de enfermagem.

Eixo Organização e gestão do serviço:

Ações: manter registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade.

Eixo Engajamento público:

Ações: Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários ao acesso aos medicamentos da Farmácia Popular e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: Por meio dos grupos de encontros e reuniões e em momentos de consultas médica, e visitas de ACS às famílias forneceremos orientações aos usuários e comunidade, quanto à disponibilidade e acesso aos medicamentos da farmácia popular, pois isto poderá garantir uma melhor adesão ao tratamento pelos usuários. Os ACS e toda a equipe serão responsáveis por esta ação.

Eixo Qualificação da prática clínica:

Ações: Capacitação do profissional segundo protocolo do MS no tratamento da hipertensão e diabetes.

Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre obtenção de medicamentos da Farmácia Popular.

Detalhamento: Capacitar a equipe para o conhecimento acerca do acesso ao tratamento disponibilizado na farmácia popular assim como realizar atualização periódica dos profissionais referentes ao tratamento pelo Programa de atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus. Os responsáveis pela ação serão o médico e o enfermeiro da equipe.

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

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

Detalhamento: Para garantir que sejam adotadas as medidas necessárias para um bom atendimento, por meio de visita domiciliar, aos usuários idosos acamados, o médico solicitará aos ACS uma listagem, que deverá ser mantida

atualizada, dos usuários idosos acamados, em que registraremos as visitas realizadas e os procedimentos realizados por cada profissional da equipe.

Organização e gestão do serviço: Garantir o registro dos usuários idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa.

Detalhamento: Com a ajuda de todos os membros da equipe e em especial dos ACS manteremos registros atualizados dos usuários idosos acamados, para garantir o subsídio das ações futuras.

Engajamento público: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da Unidade de Saúde.

Detalhamento: Informar a todos e principalmente à população alvo, sobre a existência na Unidade, do Programa de Atenção ao Idoso, para que todos possam ser beneficiados pelo mesmo. Os responsáveis pela ação serão os ACS.

Qualificação da prática clínica: Capacitar os ACS para o cadastramento dos usuários idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência.

Detalhamento: Manter atualizado pelos ACS o cadastramento e busca ativa dos usuários idosos acamados da área de abrangência, para que as fichas de acompanhamento dos usuários sejam preenchidas adequadamente e os dados possam ser o mais fidedigno possível. Os responsáveis pela ação serão os ACS, o médico e o enfermeiro da equipe.

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

Eixo Monitoramento e avaliação:

Ações: Monitorar realização de visita domiciliar para usuários idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: manter registro e realizar visitas domiciliares a usuários acamados para garantindo que estes avaliados pela equipe dentro um prazo mínimo viável. Sob responsabilidade do médico especializando e enfermeiro.

Eixo Organização e gestão do serviço:

Ações: Organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a usuários idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: fazer lista dos usuários acamados e/ou com dificuldade para se locomover com o objetivo de organizar a agenda de visitas e garantir que

os usuários recebam visita domiciliar regularmente. Esta ação será realizada pelos ACS, médico e enfermeiro e técnicas de enfermagem.

Eixo Engajamento público:

Ações: orientar a comunidade as situações que necessitam visitas domiciliares e sua disponibilidade para podermos priorizar os acamados e aqueles com problemas de locomoção.

Detalhamento: informar a comunidade sobre a realização de visitas domiciliares cadastrados e o estabelecimento de prioridades para acamados e com problemas de locomoção. Ação realizada pelos ACS.

Eixo Qualificação da prática clínica:

Ações: Orientar a equipe sobre o cadastro, e acompanhamento domiciliar dos usuários idosos acamados ou com problemas de locomoção. Orientar os ACS a identificação adequada dos casos onde a visita domiciliar é necessária.

Detalhamento: capacitar em reuniões, os ACS para identificar os casos que realmente precisem de visita domiciliar pois o transporte é disponibilizado pela SMS apenas um turno por semana. Os responsáveis pela ação serão o médico e o enfermeiro da equipe.

Meta 2.7 - Rastrear 100% dos usuários idosos com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Monitoramento e avaliação:

Ações: Monitorar a população de usuários idosos submetidos ao rastreamento para HAS

Detalhamento: Fazer revisão uma vez por ano das fichas espelho dos usuários idosos para poder obter o número real de idosos que apresentam hipertensão arterial e quais são casos novos. Os responsáveis pela ação serão o médico e o enfermeiro da equipe.

Eixo Organização e gestão do serviço:

Ações: Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS. Garantir material adequado para a tomada da pressão arterial (mangitos adequados e outros) na unidade de saúde.

Detalhamento: Sensibilizar a equipe para um bom acolhimento ao usuário idoso especialmente dos que apresentam doenças crônicas, como a hipertensão arterial. Garantindo os meios necessários adequados para verificação da pressão pela checagem do material necessário e suas condições de uso fazendo solicitações a gestão quando em falta ou solicitando reparos quando necessário. Responsável por esta ação o enfermeiro da unidade.

Eixo Engajamento público:

Ações: Orientar a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade. Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS.

Detalhamento: com a verificação sistemática da pressão arterial em usuários maiores de 60 anos seguindo orientações do manual do MS serão reduzidos os riscos impostos pela descompensação ou o não tratamento satisfatório da HAS. O conhecimento pela população desta necessidade e dos riscos elevados pela não realização facilitará a adesão e tornará o usuário participante do processo e também responsável pelo seu estado de saúde. As técnicas de enfermagem serão responsáveis pela verificação da pressão arterial e toda a equipe pela divulgação da informação.

Eixo Qualificação da prática clínica:

Ações: Capacitar a equipe da Unidade de Saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito evitando erros de aferição.

Detalhamento: Os membros da equipe devem ter condições de verificar adequadamente a pressão arterial por isso revisaremos com a equipe a forma adequada para realizar essa atividade. Os responsáveis pela ação serão o médico e o enfermeiro da equipe.

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

Eixo Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: Criar planilha para controle dos idosos cadastrados no programa que apresentam hipertensão arterial, viabilizando controle do rastreio para diabetes mellitus e manter dados atualizados. Os responsáveis pela ação serão o médico e o enfermeiro da equipe.

Eixo Organização e gestão do serviço:

Ações: Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM. Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste (HGT) na unidade de saúde. Criar sistema de alerta na ficha de acompanhamento para indicar o idoso que provavelmente terá que realizar o hemoglicoteste.

Detalhamento: Garantir o acolhimento aos idosos assim realizando testes HGT para aqueles que apresentem Diabete Mellitus. Os responsáveis pela ação serão o médico e o enfermeiro da equipe.

Eixo Engajamento público:

Ações: Orientar a comunidade os fatores de risco para desenvolvimento de diabetes e da importância do rastreamento para DM em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: Dada a importância do diabetes Mellitus no risco das doenças cardiovasculares, orientaremos a população para fatores de risco e prevenção e importância do rastreio que serão debatidos em reuniões a serem agendadas para este grupo tendo como responsáveis o médico e enfermeiro da unidade.

Eixo Qualificação da prática clínica:

Ações: 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: Capacitaremos toda a equipe para a realização do hemoglicoteste de forma adequada. As técnicas de enfermagem serão responsáveis por esta ação.

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

Eixo Monitoramento e avaliação:

Ações: Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de idosos.

Detalhamento: Manter um monitoramento através de fichas espelhos dos idosos (pela odontóloga do Centro 1) avaliando necessidade de atendimento e encaminhar ao Centro 1 para realizar o atendimento. Os responsáveis pela ação será a odontóloga esta ação ocorrerá a cada 6 meses.

Eixo Organização e gestão do serviço:

Ações: Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde. Cadastrar os idosos na unidade de saúde.

Oferecer orientações quanto ao atendimento prioritário aos idosos na unidade de saúde. Organizar agenda de saúde bucal no Centro 1 para atendimento dos idosos.

Detalhamento: fazer uma avaliação dos idosos que necessitam do atendimento odontológico. Em nossa unidade não existe esse serviço, o mesmo é realizado no Centro 1 em 3 dias da semana. Os responsáveis pela ação serão a atendente responsável pelo acolhimento dos idosos do centro3 e a odontóloga.

Eixo Engajamento público:

Ações: Orientar os usuários sobre a importância da avaliação periódica da saúde bucal.

Detalhamento: Realizar palestras com orientação à população sobre a importância de realizar a avaliação de saúde bucal e onde podem receber esse atendimento, pois não contamos com este na unidade. Os responsáveis pela ação serão o médico e o enfermeiro da equipe e as técnicas de enfermagem.

Eixo Qualificação da prática clínica: Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos idosos.

Capacitar a equipe de saúde para que possa reconhecer quais são os usuários que precisam de atendimento odontológico e que sejam orientados à realização do tratamento no Centro 1. O responsável pela ação será o odontólogo que atende no Centro 1 aos pacientes da nossa unidade.

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

Eixo Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: Por meio das fichas espelho e avaliações subsequentes, acompanhar os idosos em que foi observada a necessidade de encaminhamento para avaliação odontológica se este está sendo realizado. Os responsáveis por esta ação será o médico e o enfermeiro da unidade.

Eixo Organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento: Esta ação será realizada no Centro 1 pela equipe de odontologia do Centro 3. Tendo como responsáveis a odontóloga e a atendente de saúde bucal no Centro 1. Em nossa unidade será realizada a orientação quanto a rotina de atendimento que ocorre no Centro1. Esta ação será realizada pelas técnicas de enfermagem.

Eixo Engajamento público:

Ações: Informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de idosos e de sua importância.

Detalhamento: Realizar orientações a comunidade em palestras atendimentos individuais e fixar em local visível no Centro 3, horários e local de atendimento da equipe de odontologia do Centro 3 que realiza os atendimentos no Centro1. Os ACS orientarão em visitas domiciliares de rotina, e o profissional que realizar atendimento individual a idosos deverá repassar esta informação.

Eixo Qualificação da prática clínica:

Ações: Capacitar a equipe para realizar acolhimento do idoso.

Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico. Capacitar os ACS para captação de idosos. Capacitar os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para idosos.

Detalhamento: Capacitar a equipe para que todos possam fornecer orientações adequadas aos idosos quanto aos cuidados com a higiene bucal. Responsável por esta ação será a odontóloga.

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

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

Eixo Monitoramento e avaliação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela unidade de saúde.

Detalhamento: Realizar o monitoramento através das cadernetas do idoso, em atendimentos na unidade conforme periodicidade recomendada. Os responsáveis pela ação serão o médico e o enfermeiro da equipe.

Eixo Organização e gestão do serviço:

Ações: Organizar visitas domiciliares para busca dos faltosos e a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Os ACS realizarão visitas domiciliares para busca dos idosos faltosos as consultas melhorando a adesão dos mesmos ao tratamento.

Eixo Engajamento público:

Ações: Orientar a comunidade sobre a importância das consultas. Orientar as famílias quanto a importância deste acompanhamento para viabilizar consultas para idosos que necessitem acompanhamento durante estes atendimentos. Com ênfase também no cuidador.

Esclarecer aos cuidadores, familiares e idosos a periodicidade preconizada para as consultas.

Detalhamento: Nos encontros com a comunidade informar a importância do acompanhamento adequado aos idosos na unidade de saúde e da importância em casos de necessidade de acompanhamento do familiar ou cuidador na realização dessas consultas. Todos os membros da equipe realizarão esta ação que será realizada também em palestras e reuniões referentes a saúde do idoso.

Eixo Qualificação da prática clínica:

Ações: Qualificar a equipe para a orientação aos idosos para realização das consultas e sua periodicidade segundo normas do MS.

Detalhamento: Nas reuniões que serão realizadas com a equipe de saúde capacitaremos a equipe para orientar adequadamente os usuários sobre consulta e periodicidade. Os responsáveis pela ação serão o médico e o enfermeiro da equipe.

Objetivo 4 – Melhorar o registro das informações

Meta 4.1 – Manter registro específico de 100% dos usuários idosos

Eixo Monitoramento e avaliação:

Ações: Monitorar a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na unidade.

Detalhamento: Realizar registros das informações de forma adequada para possibilitar monitorar o acompanhamento dos idosos, com atualização dos dados permitindo acompanhamento em intervenções posteriores. Os responsáveis pela ação serão o médico e o enfermeiro da equipe.

Eixo Organização e gestão do serviço:

Ações: Manter as informações do SIAB atualizadas. Pactuar com a gestão o registro e atualização das informações enquanto não tivermos a unidade informatizada. Definir responsável pelo monitoramento dos registros. Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta.

Detalhamento: Realizar os registros de forma adequada para que a gestão, recebendo estas, possa atualizar o SIAB e a partir daí podermos realizar no futuro intervenções necessárias.

Eixo Engajamento público: Ações: Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: Orientar idosos e familiares sobre o registro atualizado na unidade de saúde caso estes necessitem de alguma informação segunda via, caso seja necessário. Os ACS são os responsáveis pela ação.

Eixo Qualificação da prática clínica:

Ações: Capacitar a equipe para a forma correta de realizar registros e de sua importância para a população idosa e para o controle da ação pela equipe de saúde.

Detalhamento: treinar a equipe para o processo de preenchimento dos registros. Os responsáveis pela ação serão o médico e o enfermeiro da equipe.

Meta 4.2 – Distribuir a Caderneta de Saúde do Usuário Idoso a 100% dos usuários idosos cadastrados.

Eixo Monitoramento e avaliação:

Ações: Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Detalhamento: O monitoramento das cadernetas dos usuários será realizado por toda equipe, o enfermeiro e o médico capacitarão a equipe para esse fim.

Eixo Organização e gestão do serviço:

Ação: Solicitar ao gestor municipal a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Detalhamento: O enfermeiro solicitará ao gestor a disponibilização da Caderneta para 100% dos idosos, para possibilitar o acompanhamento e monitoramento da intervenção.

Eixo Engajamento público:

Ação: Orientar os idosos e a comunidade sobre a importância da caderneta no atendimento nos serviços de saúde.

Detalhamento: Durante palestras, atendimento, acolhimento e visitas domiciliares orientar idosos e familiares para o uso da caderneta do idoso nos atendimentos nos serviços de saúde.

Eixo Qualificação da prática clínica:

Ações: Capacitar a equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Detalhamento: Capacitar a equipe para o preenchimento correto da caderneta do idoso. Os responsáveis pela ação serão o médico e o enfermeiro da equipe.

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

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

Eixo Monitoramento e Avaliação:

Ações: Monitorar o número de idosos de risco para morbimortalidade na área de abrangência da unidade.

Detalhamento: Por registros de prontuários dos usuários idosos monitorar o risco dos idosos para morbimortalidade, através de registro em livro próprio dos idosos de maior risco, minimizando intercorrências graves. Os responsáveis pela ação serão o médico e o enfermeiro da equipe.

Eixo Organização e gestão do serviço:

Ações: Priorizar o atendimento a idosos de maior risco de morbimortalidade.

Detalhamento: Garantir o atendimento prioritário aos idosos de maior risco de morbimortalidade com espaço na agenda para estes atendimentos. Responsáveis pela ação serão as recepcionistas e médico da unidade.

Eixo Engajamento público:

Ações: Orientar os idosos e familiares sobre o nível de risco e importância do acompanhamento em menores intervalos quando orientado.

Detalhamento: Com a realização das palestras com idosos e familiares no decorrer desta intervenção, esclarecer importância do controle de fatores de risco orientando sobre hábitos saudáveis e atividade física bem como adesão aos tratamentos propostos. Os responsáveis será o médico da equipe.

Eixo Qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo escore de Framingham e de lesões de órgão alvo. Capacitar para os fatores de risco modificáveis. Responsáveis pela ação serão o médico e o enfermeiro da equipe.

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

Eixo Monitoramento e Avaliação:

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

Detalhamento: Monitorar através de ficha espelho os indicadores de fragilidade na velhice.

Observar quais patologias mais relacionadas para posteriormente tentar ações de controle destas. Os responsáveis pela ação serão o médico e o enfermeiro da equipe.

Eixo Organização e gestão do serviço:

Ações: Priorizar o atendimento dos idosos com fragilização na velhice.

Detalhamento: permitir espaço para priorizar o atendimento destes idosos considerados de maior risco de complicações. Os responsáveis pela ação serão as técnicas de enfermagem da unidade.

Eixo Engajamento público:

Ações: Orientar os idosos fragilizados e suas famílias sobre a importância do acompanhamento conforme orientações relativas à periodicidade.

Detalhamento: Esclarecer dúvidas sobre o acesso a unidade e outros níveis de atenção para este grupo de idosos devido as suas particularidades. Os ACS são os responsáveis pela ação.

Eixo Qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento: Capacitar a equipe para utilizar o protocolo adotado para avaliação do risco de fragilização na velhice. Os responsáveis pela ação serão o médico e o enfermeiro da equipe.

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

Eixo Monitoramento e Avaliação:

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

Detalhamento: Analisar relações dos idosos com suas famílias e identificada a fragilidade, tentar junto a equipe de saúde e assistente social do NASF o fortalecimento destas relações. Os ACS são os responsáveis pela ação.

Eixo Organização e gestão do serviço

Ações: Priorizar agendamento e/ou acompanhamento domiciliar aos idosos com rede social deficiente. Comunicar a assistente social do NASF a existência dos casos encontrados.

Detalhamento: Organizar realização de visitas domiciliares pela equipe e/ou ACS priorizando núcleos familiares onde exista idosos em situação de maior vulnerabilidade para o abandono ou que estejam vivendo esta situação.

Enviar ao NASF informações de núcleos familiares onde existam situações de abandono. Os ACS serão os responsáveis pela ação.

Eixo Engajamento público:

Ações: Orientar os idosos e a comunidade sobre a possibilidade do atendimento prioritário na Unidade. Orientar a comunidade a comunicar a equipe de saúde e/ou assistente social do NASF, situações de abandono de pessoas idosas.

Analisar junto a equipe ações futuras de promoção a manutenção ativa destes idosos em seus núcleos familiares, e na comunidade discutindo com a assistente social as medidas possíveis.

Detalhamento: identificado os casos de abandono ou riscos para este, agendar com a assistente social do NASF, reunião para discutirmos estratégias levando em consideração as particularidades de cada caso para engajarmos famílias e comunidade. Os ACS levarão informações às famílias e idosos sobre a assistência nesses casos e comunicarão a equipe as situações encontradas. O enfermeiro será responsável por agendar reuniões com o NASF.

Eixo Qualificação da prática clínica:

Ações: Capacitar a equipe para avaliar a rede social dos idosos.

Detalhamento: Em reunião com equipe conceituar redes sociais da pessoa idosa e estratégias para seu fortalecimento.

Utilizar reuniões de equipe, com presença da assistente social para engajar toda equipe nas questões gerais e casos individualizados identificados.

Objetivo 6 – Promover a saúde dos idosos.

Meta 6.1 – Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos idosos.

Eixo Monitoramento e Avaliação:

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

Detalhamento: Monitorar junto a nutricionista que atende a população no centro 3 realização de atividades em grupo onde trocaremos experiências com a comunidade práticas para alimentação saudável.

Eixo Organização e gestão do serviço:

Ações: Orientar a todos os idosos em atendimento individual sobre benefícios da alimentação saudável. Encaminhar para a nutricionista casos de idosos com comprometimento por erro alimentar ou práticas de risco.

Detalhamento: Permitir no agendamento para a nutricionista, realizado na unidade, espaço para os idosos. As técnicas de enfermagem realizarão os agendamentos e o médico, o enfermeiro e a nutricionista realizarão os atendimentos fornecendo orientações individualizadas.

Eixo Engajamento público:

Ações: Orientar os idosos, cuidadores, familiares e a comunidade sobre benefícios da adoção da alimentação saudável.

Detalhamento: realizaremos palestras com idosos e os envolvidos no cuidado com o idoso para trocar informações sobre hábitos alimentares saudáveis. Responsável pela ação a nutricionista.

Eixo Qualificação da prática clínica:

Ações: Capacitar a equipe para promover com a comunidade hábitos alimentares saudáveis. Utilizar parâmetros utilizados pela nutricionista observando recomendações do ministério da saúde.

Detalhamento: agendar com a nutricionista e equipe reunião onde discutiremos o processo de praticas da alimentação saudável e o protocolo a ser utilizado. O responsável por este agendamento para capacitação será o enfermeiro junto à nutricionista.

Meta 6.2 – Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários idosos.

Eixo Monitoramento e Avaliação:

ações: Monitorar a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos .

Monitorar o número de idosos que realizam atividade física regular.

Detalhamento: em parceria com educador físico da academia da saúde, estabelecer estratégias de monitoramento da adesão a praticas de atividade física naqueles idosos do centro 3 que frequentam a academia da saúde.

Organização e gestão do serviço: Definir o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular. Demandar do Nasf/educador físico parcerias para o incentivo a atividade física.

Detalhamento: Para orientações para realização de atividades físicas como práticas regulares e constantes na população de idosos solicitaremos ao profissional educador físico o suporte adequado. Essa ação será responsabilidade do enfermeiro.

Eixo Engajamento público:

Ações: Nas reuniões e palestras com idosos orientar a pratica de atividade física e seus benefícios.

Detalhamento: Explicar para a comunidade e para os idosos a necessidade de práticas de exercícios físicos para a melhoria da qualidade de vida. A ação será de responsabilidade dos de todos os membros da equipe.

Eixo Qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento: solicitaremos ao educador físico orientações a equipe sobre a atividade física na população idosa assim como dos aspectos particulares a este grupo referentes a atividade física. O médico da unidade fará esta solicitação.

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

Eixo Monitoramento e avaliação: ações: Monitorar as atividades educativas que serão realizadas pela odontóloga no atendimento.

Detalhamento: As atividades educativas individuais deverão ter registro nos prontuários possibilitando monitoramento das mesmas. Orientar sobre risco de doenças decorrentes da higiene bucal inadequada. A odontóloga será responsável por esta ação.

Eixo Organização e gestão do serviço:

Ações: Organizar agendamento de consultas odontológicas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: Garantir que nos atendimentos odontológicos sejam realizadas orientações individuais referentes à higiene bucal incluindo as próteses. Os responsáveis pela ação serão a odontóloga e a atendente do consultório.

Eixo Engajamento público:

Ações: Orientar idosos e os envolvidos em seu cuidado domiciliar sobre a importância da higiene bucal e cuidado com as próteses dentárias.

Detalhamento: realizar palestras orientando idosos e a comunidade sobre a higiene bucal adequada e cuidados na higienização de próteses para evitar doenças. Os responsáveis pela ação serão o médico e o enfermeiro e a odontóloga.

Eixo Qualificação da prática clínica:

Ações: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas quanto à higiene bucal, cuidado com próteses dentárias.

Detalhamento: fornecer informações a equipe de saúde referente aos cuidados com a saúde bucal, seus benefícios e meios de engajamento da comunidade.

2.3.2 Indicadores

Para esta intervenção estão listados a seguir os indicadores a serem utilizados.

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

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 60%.

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

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa.

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

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 usuários com diabetes.

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 usuários idosos com hipertensão e/ou diabetes.

Indicador 2.3: Proporção de usuários idosos com hipertensão e/ou diabetes com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Numerador: Número de usuários idosos com hipertensão e/ou diabetes com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

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

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

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

Numerador: Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa 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 usuários idosos com hipertensão rastreados para diabetes.

Numerador: Número de usuários idosos com hipertensão rastreados para diabetes mellitus.

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

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.

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 programática.

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas.

Objetivo 4– Melhorar o registro das informações.

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

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

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

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa 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 idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa 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 à presença de indicadores de fragilização na velhice.

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

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

Indicador 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.

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.

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.

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com orientação sobre higiene bucal.

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

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção na atenção à saúde da pessoa idosa vamos adotar o protocolo de envelhecimento e saúde da pessoa idosa do Ministério da Saúde de 2006 e para coleta dos dados utilizaremos os prontuários individuais. Nas consultas serão preenchidas a ficha espelho de cada idoso e após revisão das fichas espelhos serão coletados em prontuários pelo médico e enfermeiro, os dados incompletos e assim repassados às fichas espelhos incompletas. Será utilizada a ficha espelho disponibilizada pelo curso de Especialização em Saúde da Família da UFPel. As fichas espelho serão disponibilizadas pela SMS- solicitamos 600 fichas para a intervenção.

A análise situacional e a definição do foco para a intervenção já foram discutidos com a equipe da unidade de saúde do Centro 3 . A intervenção terá início com a capacitação da equipe sobre o manual técnico de atendimento à pessoa idosa que foi adotado como referência na atenção à pessoa idosa que será impresso e disponibilizado pela SMS. Utilizaremos o tempo para as reuniões de equipe para tratarmos os temas referentes à intervenção, estratégias necessárias e ajustes pertinentes durante a intervenção. As capacitações serão realizadas pelo médico, enfermeiro, odontólogo, e nutricionista e assistente social do Nasf.

As ações de monitoramento e avaliação serão realizadas pelo médico e pelo enfermeiro. Com exceção das relativas à odontologia que terá como responsável a odontóloga. As ações de organização e gestão do serviço serão

desenvolvidas pelo enfermeiro e médico com o apoio da gestão garantindo os insumos necessários para o bom desempenho de cada ação. As ações pertencentes ao grupo de engajamento público serão executadas pela equipe na unidade de saúde e na comunidade com participação importante dos ACS.

As ações de qualificação da prática clínica serão realizadas pela médica e enfermeira com participação da odontóloga no que se refere a ações no campo da odontologia. O conjunto de ações para a intervenção será desenvolvido na unidade de saúde Centro 3 em Extremoz - RN e as ações serão voltadas para a população da área de abrangência desta unidade, utilizaremos o apoio dos profissionais do Nasf em palestras e atividades de grupos e não contaremos com material áudio visual pois não serão disponibilizadas. Teremos o apoio do educador físico, assistente social e academia da saúde para ações de promoção a saúde.

O acolhimento dos idosos que buscarem o serviço serão realizados pela técnicas de enfermagem que farão o agendamento para dois turnos na terça-feira e um turno na quarta-feira e os que tiverem em atraso com consultas ou exames preconizados serão atendidos no mesmo turno do acolhimento para ampliar a cobertura de atendimento. Os idosos com problemas agudos serão atendidos no mesmo turno e caso necessite avaliação especializada, serão encaminhados. O idoso deverá ter o retorno agendado ao final do atendimento.

Realizaremos palestras com orientações em saúde em sala de espera com informações para a comunidade, priorizando os núcleos familiares com idosos, onde vamos informar razões e importância da intervenção assim como da importância do engajamento da comunidade nas ações necessárias.

Não é disponibilizado na unidade Centro 3 os exames laboratoriais. Estes são coletados e realizados em um laboratório da rede privada que tem convênio com o município. As vacinas também não são realizadas na unidade, pois não dispomos de sala de vacina e estas são realizadas em outra unidade de saúde (Centro 1) que tem sala de vacina.

Uma vez por semana será realizado o monitoramento da intervenção através da análise das fichas-espelho dos idosos para identificar atrasos em consultas, exames clínicos, exames laboratoriais e vacinas. Os casos identificados terão busca ativa realizada pelos ACS que comunicarão às técnicas

3. Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

A intervenção foi relativamente difícil de ser realizada, pois foi a primeira vez que desenvolvi um trabalho com estas características havendo a necessidade de envolvimento de muitas pessoas para que as ações fossem desenvolvidas. Sendo assim a primeira dificuldade que tivemos foi conseguir a dedicação de alguns membros da equipe. Mas ao final a equipe já estava integrada de forma a proporcionar o desenvolvimento das ações previstas.

Realizamos integralmente as capacitações previstas na intervenção. Assim, no primeiro momento realizamos uma reunião com todos os integrantes da equipe para apresentar as ações previstas para a intervenção e esclarecer todas as dúvidas além de ouvir sugestões e traçar estratégias de trabalho para o alcance das metas propostas. Neste momento também foi solicitado para que a equipe se mantivesse unida no enfrentamento de quaisquer dificuldades durante a intervenção, afim de que estas pudessem ser enfrentadas de forma prática e servisse como estímulo, também fizemos uma longa discussão das razões e benefícios da intervenção.

Após a apresentação das ações previstas para serem executadas durante o processo de intervenção e esclarecimento de dúvidas, deu-se prosseguimento ao processo com a capacitação dos profissionais de saúde da Unidade Básica de Saúde (UBS) sobre o protocolo de envelhecimento do MS utilizado pela equipe para a realização desta intervenção.

Foram capacitados todos os membros da equipe para a realização do cadastramento e acolhimento de todos os idosos pertencentes à área de abrangência.

Realizamos capacitação da equipe para verificação adequada da pressão arterial e realização de hemoglicoteste em idosos. Houve a capacitação dos ACS para realização de busca ativa de usuários idosos faltosos.

Quando iniciamos o projeto na atenção à saúde da pessoa idosa, contatei com a odontóloga e traçamos o que seria viável a ser realizado, então realizamos junto a equipe de odontologia capacitação da equipe sobre avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos usuários idosos e para ações em odontologia como avaliação da mucosa oral e avaliação da necessidade de prótese dentária bem como para o preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento dos usuários idosos discutimos as questões sobre o monitoramento e avaliação.

Inicialmente tivemos capacitação duas vezes por semana e no último mês mantivemos as capacitações para a equipe tirar dúvidas e aprofundarmos as questões pertinentes a intervenção a cada 15 dias.

Uma vez concluída esta etapa de preparação para o trabalho, estávamos prontos para iniciar a intervenção. Então os ACS iniciaram o cadastramento dos idosos.

Para um bom desempenho da intervenção e para evitar que os usuários faltassem às consultas, os usuários eram visitados e cadastrados e, neste momento eram agendadas as consultas para a avaliação clínica. E pela dificuldade de acesso antes sentida por esses usuários a adesão foi muito boa.

A unidade destinou dois dias por semana para a realização destas consultas no intuito de recuperar as consultas dos usuários que faltaram no primeiro dia. Assim, não houve usuários faltosos às consultas, pois os que faltavam no primeiro dia eram recuperados para a consulta no segundo dia da mesma semana.

Enquanto isso, na UBS, surgiam as primeiras dificuldades. Logo no início da intervenção tivemos a mudança na coordenação da atenção básica e como precisávamos andar junto à gestão, agendamos mais uma reunião com a nova coordenadora para tratarmos das questões relativas a intervenção durante o período de intervenção e o mesmo ocorreu por mais duas ocasiões.

Tivemos no período, greve dos ACS e outros profissionais de saúde entre o segundo e terceiro mês da intervenção, o que foi mais um empecilho para

desenvolver nossas atividades. Durante a greve que durou aproximadamente 15 dias, mantivemos os cadastros dos idosos e atendimentos da demanda espontânea e tivemos a participação de 2 ACS que não aderiram à greve. Um outro fato que prejudicou bastante o andamento das ações foi a falta de transporte para visitas a acamados em algumas semanas e o pouco tempo disponibilizado para todas as visitas domiciliares pois só dispomos do transporte aproximadamente de 2 a 3 horas por semana para toda a equipe e para todas as ações da unidade para todos os grupos.

Tivemos alguns dias com atendimento reduzido devido a um assalto no interior da unidade com arma de fogo o que não permitiu manter os atendimentos com portas abertas naquela semana e em acordo com a gestão estamos fechando as portas em alguns horários até que providencias sejam tomadas pois os fatos de violência se repetiram em outras unidades colocando em risco usuários e equipe de saúde.

Houve período com falta de materiais para triagem de diabéticos o que prejudicou o atendimento na triagem destes pacientes então a triagem para DM foi realizada de forma parcial.

Para os usuários idosos que tinham Hipertensão e Diabetes, os medicamentos foram disponibilizados pela farmácia popular. Os que não eram disponibilizados eram adquiridos pelos usuários.

Realizamos um encontro na unidade com a população idosa e cuidadores para tomarem conhecimento do trabalho que seria desenvolvido para apresentar a proposta de intervenção solicitando o engajamento por parte de todos para o desenvolvimento das ações, especialmente na divulgação das ações previstas.

Realizamos palestras com grupos de idosos e cuidadores em sala de espera. Estas eram realizadas em três turnos na semana nos horários destinados ao atendimento de idosos. Trabalhamos junto a estes usuários e familiares os temas referentes a intervenção e melhorias na saúde da pessoa idosa para que estes se tornassem sujeitos ativos nas melhorias na qualidade de vida pois entendemos que sem a participação de cuidadores e familiares tudo seria mais difícil.

A temática orientação nutricional para hábitos saudáveis e prática de atividades físicas regulares foram realizados com boa participação de todos os

envolvidos. Porém não oferecemos nenhum material áudio visual nestes encontros nem lanches, pois não dispomos dos mesmos e a gestão nos informou que não seria possível o fornecimento deste material, a equipe teria que arcar com os custos como tem ocorrido em outros eventos, o que não foi possível ocorrer durante a intervenção pois entendemos que desta forma não estamos passando para a população o que realmente ocorre que para exercer sua função de controle necessita ver os fatos reais.

Uma ação que não estava em nosso cronograma foi realizada ao percebermos as dificuldades no engajamento da equipe. Convidamos uma médica de outra unidade para que ela pudesse passar para a equipe as características da intervenção realizada em sua unidade e já concluída, e seus benefícios para todos os envolvidos nesse processo. Assim como da necessidade de participação de todos. A equipe que antes não tinha vivenciado uma intervenção como essa se mostrou e relatou, mais motivação para as ações.

O desenvolvimento de todas estas ações foi muito bem acolhido pelos usuários, pois tiveram a oportunidade de ter melhorias no acesso aos cuidados com a saúde e receber informações sobre como participar ativamente nessas melhorias.

Mesmo com as dificuldades anteriormente mencionadas conseguimos oferecer o atendimento clínico aos idosos que embora não tenha nos deixado satisfeitos no que se refere ao número, mas não temos dúvidas que conseguimos agregar qualidade ao atendimento e melhorias na saúde da pessoa idosa naquilo que foi possível ser realizado dentro das condições de trabalho oferecidas.

Durante o período da intervenção houve uma boa aceitação das ações por parte da população idosa e do restante dos grupos populacionais, uma vez que perceberam que o trabalho realizado pela equipe, iniciava mudanças na sua vida e na de suas famílias, pois já conseguiram alterar para melhor o modo e estilo de vida e que puderam entender que as doenças que atingem este grupo de uma forma mais severa podem ser prevenidas ou ter amenizados os seus efeitos possibilitando uma melhoria na qualidade de vida desta parcela da população.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Tivemos problemas com as consultas odontológicas, pois houve neste período, férias da odontóloga e após seu retorno por problemas na falta de manutenção do consultório não conseguimos atendimento para nossos idosos. Fomos informados por esta que não faltava material e manutenção em equipamentos que prejudicaram os atendimentos. Portanto não houve realização da primeira consulta odontológica para nenhum usuário idoso da intervenção.

A odontóloga como citado, participou desde o início da nossa intervenção e ao fazermos o monitoramento da intervenção neste último mês, mais uma vez foi discutido com a mesma que seja reorganizado os agendamentos dos idosos e ela se mostra muito receptiva a estes ajustes necessários devido às intercorrências ocorridas.

Não foi possível o acompanhamento pelas cadernetas de saúde do idoso. Não conseguimos as cadernetas com a gestão e, portanto, não pudemos utilizar este instrumento na intervenção.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

A ficha-espelho e as planilhas eletrônicas disponibilizadas pelo curso são de fácil preenchimento. A análise dos indicadores é de fácil observação e análise não houve maiores dificuldades relacionadas quanto a isso. As dificuldades que surgiram se deram referentes ao manuseio do Excel, mas foram prontamente orientadas e solucionadas com o trabalho e dedicação da orientadora.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Entendo que a intervenção não deve ser uma ação estática e como tal sofrerá adaptações decorrentes das avaliações futuras a serem realizadas. Não apenas por fazer parte de um processo obrigatório para manutenção das atividades no PMMB, mas por ver esta população como merecedora de atenção importante pelas características a esta inerente, dediquei esforços para manter as atividades desta intervenção, mas entendo a urgente necessidade do entendimento pela gestão de que condições dignas de trabalho em qualquer ação, são necessárias para que os profissionais envolvidos desempenhem melhor

suas funções o que refletirá sem dúvidas em benefícios para a população por estes assistida.

Imaginando que as adaptações por mim referidas passam por adaptações nas respostas necessárias da gestão, espero que seja dada continuidade desta intervenção e que isto proporcione a implementação de outras necessárias a outros grupos.

A equipe encontra-se em processo de crescimento no que se refere ao engajamento com o processo contínuo, necessário e característico da intervenção, mas com os resultados alcançados com a intervenção, já verificamos as mudanças na rotina de trabalho pela realização de um trabalho organizado bem como esperamos ter levado melhorias na qualidade de vida da população idosa, esperamos crescer neste aspecto para que possamos com este aprendizado tentar melhorias para outros grupos de usuários.

4.Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Durante os meses de dezembro de 2015 a março de 2016 foi desenvolvida uma intervenção em saúde na unidade Centro 3 localizada no município de Extremoz no estado do Rio Grande do Norte intitulado “Melhoria na atenção à saúde da pessoa idosa na UBS Centro 3, Extremoz- RN”. Esta unidade conta com 525 usuários com 60 anos ou mais dos quais foram cadastrados no período da intervenção um total de 242 (46,1%) idosos.

Para um bom desempenho das ações previstas foram traçadas metas que por ocasião da conclusão da intervenção foram avaliadas mediante os indicadores destinados para cada meta. Apresentaremos a seguir a avaliação das metas e dos indicadores analisando o alcance dos objetivos propostos.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do programa de saúde do idoso.

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 60%.

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

Tínhamos como meta ampliar para 60% a cobertura da atenção à saúde do idoso pertencente à área de abrangência da unidade de saúde Centro 3, Extremoz, RN. Conforme a Figura 1 verificamos a distribuição do indicador de cobertura durante os três meses. No primeiro mês cadastramos 27 (5,1%) idosos, no segundo mês já tivemos uma melhora com 135 (25,7%) idosos cadastrados. Já no terceiro mês finalizamos a intervenção com 242 (46,1%) idosos cadastrados.

As principais dificuldades que tivemos durante este período foram a inexperiência dos profissionais com este tipo de trabalho, dificuldades administrativas somado a uma greve dos ACS e dos profissionais de saúde da

unidade. No período de intervenção tivemos ainda três semanas com feriados prolongados (natal, ano Novo e carnaval) o que tornou o tempo ainda mais exíguo para o bom desempenho das funções e conseqüente melhoria nos indicadores.

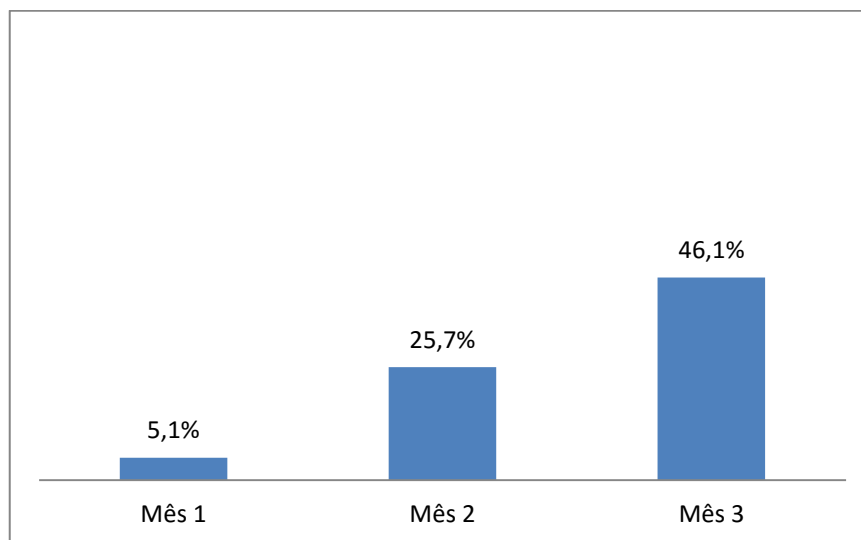


Figura 1 – Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na UBS Centro 3, Extremoz, RN.2016.

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.

O segundo objetivo da intervenção era melhorar a qualidade da atenção ao idoso. No primeiro mês 27 (100%) idosos tiveram avaliação multidimensional, no segundo mês 135 (100%), no terceiro mês 242 (100%) foram avaliados.

Estes resultados foram possíveis devido a capacitação da equipe de saúde visto que antes da intervenção não havia sistematização da realização desta avaliação e hoje faz parte da rotina da unidade.

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 usuários com diabetes.

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

No primeiro mês foi realizado exame clínico apropriado em 27 (100%) idosos cadastrados, no segundo mês em 135 (100%), no terceiro mês 242 (100%).

Isto foi possível devido a capacitação da equipe para avaliação sendo que em cada consulta realizada aos idosos os mesmos eram examinados clinicamente e isso foi realizado com auxílio da equipe. Não tivemos dificuldades para realização desta ação. A falta de material para curativos nos obrigou a reagendar alguns pacientes diabéticos que necessitavam deste para avaliação de lesões nos pés.

Meta 2.3: Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos usuários idosos com hipertensão e/ou diabetes.

Indicador 2.3: Proporção de usuários idosos com hipertensão e/ou diabetes com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

No primeiro mês foi realizado exames complementares em 11 (40,7%) idosos cadastrados, no segundo mês em 66 (48,9%), no terceiro mês 93 (38,4%).

Destacamos que todos os usuários tiveram solicitação para realização dos exames complementares, mas consideramos aqueles que retornaram com os mesmos prontos para a consulta.

Um fator que dificultou a melhora neste indicador foi a demora para realização destes exames pelos pacientes devido a falta da oferta e acesso a vários destes exames.

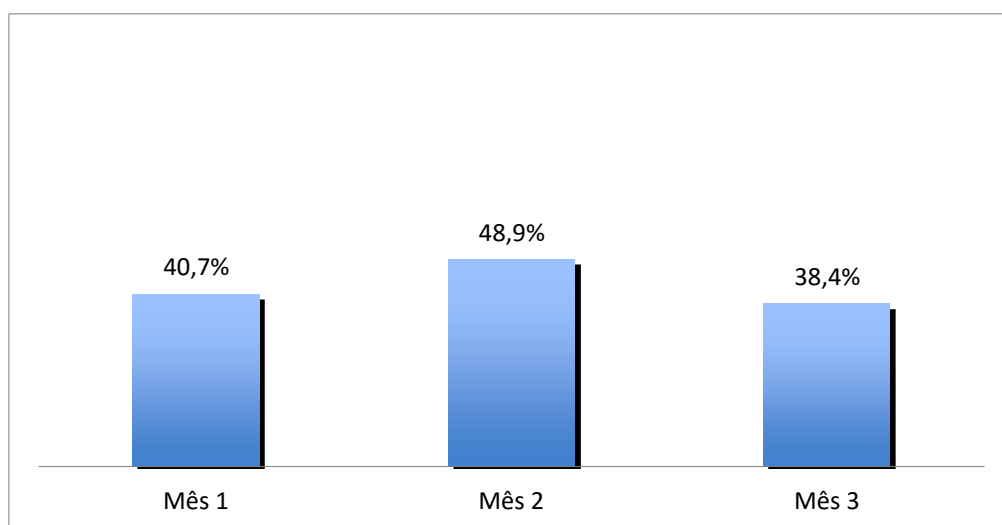


Figura 2 - Proporção de pessoas idosas com solicitação de exames complementares em dia na UBS Centro 3, Extremoz, RN.2016.

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

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

No primeiro mês, foram prescritos medicamentos da Farmácia popular priorizada para um total de 14 (51,9%) idosos cadastrados, no segundo mês 90 (66,7%) e no terceiro mês 211 (87,2%) tinham prescrição priorizada da farmácia popular.

Para avaliar esta meta identificamos os usuários em uso de medicações da farmácia popular. Sendo que a maior dificuldade encontrada foi das medicações que não fazem parte da farmácia popular.

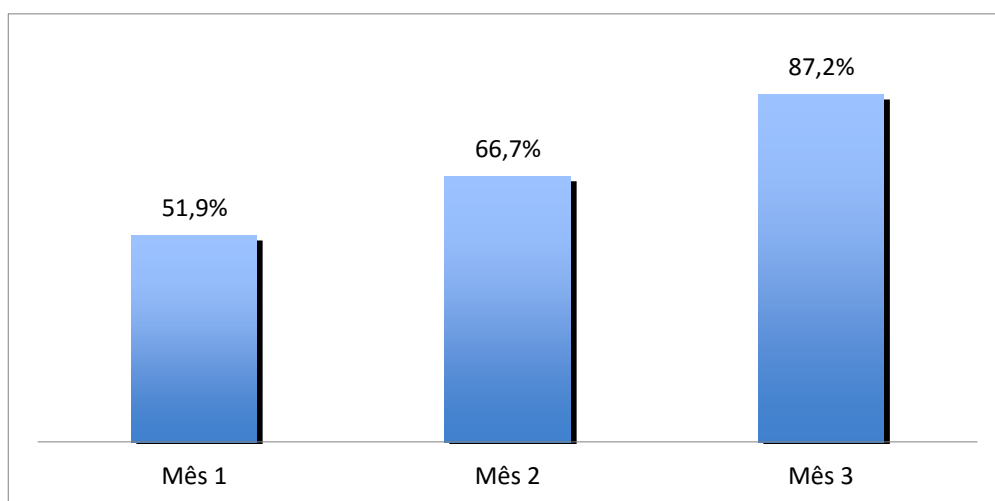


Figura 3- Proporção de idosos com prescrição da farmácia popular no Centro 3,Extremoz,RN.2016.

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.

No primeiro mês não foram cadastrados idosos acamados totalizando (0%), no segundo mês foram cadastrados 08 (19%) idosos, no terceiro mês cadastramos 23 (54,8%) idosos acamados e/ou com problema de locomoção.

Dentre os problemas relativos a este objetivo tivemos falta de transporte para visitas no primeiro mês e os feriados relacionados ao natal e fim de ano. No segundo e terceiro mês manteve-se o problema referente ao transporte para as visitas domiciliares visto que as visitas ocorrem em apenas um turno da semana e abrange todos os grupos de usuários e serve a toda equipe da unidade não tendo sido possível destinar maior tempo para as ações da intervenção.

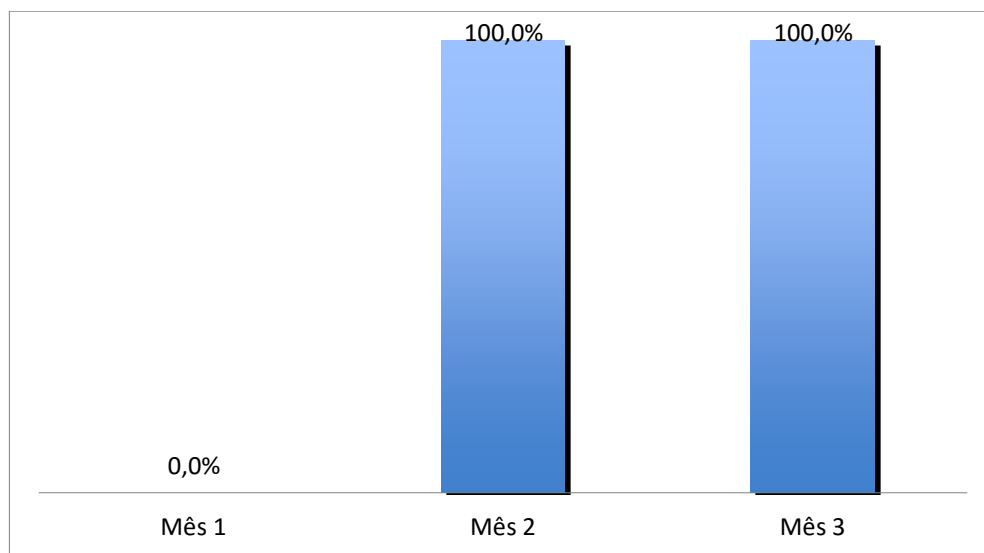


Figura 4 - Proporção de idosos acamados ou com problema de locomoção na UBS Centro 3, Extremoz, RN, 2016.

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

Indicador 2.6: proporção de pessoas idosas acamadas ou com problema de locomoção com visita domiciliar.

No primeiro mês não realizamos visita domiciliar a pacientes acamados, pois não ocorreu cadastramento destes pacientes. No segundo mês realizamos a visita domiciliar a 8 (100%) idosos e no terceiro tínhamos 23 (100%) idosos com visita domiciliar realizada.

Para esta ação tivemos empecilho importante, pois não tivemos transporte em tempo adequado para realização desta ação, tivemos feriados prolongados e greve dos ACS como mais um complicador para atingirmos a meta. A visita domiciliar a idosos acamados ou com problemas de locomoção já estava instituída antes da intervenção e, portanto, mantivemos a ação.

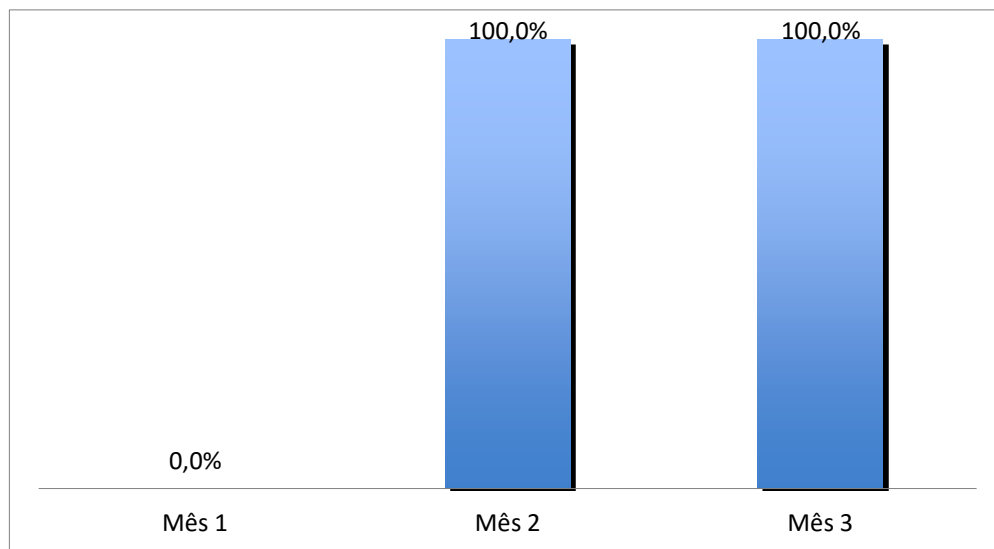


Figura 5 - Proporção de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção com visita domiciliar na UBS Centro 3, Extremoz, RN.2016.

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

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

A meta de rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) foi cumprida, pois em cada consulta foi aferida a pressão arterial de cada idoso sendo ele hipertenso ou não. No primeiro mês foram rastreados 27 (100%), no segundo mês foram rastreados 135 (100%), no terceiro mês 242 (100%) idosos cadastrados foram rastreados.

Para conseguirmos estes indicadores realizamos capacitação da equipe para verificar corretamente a pressão arterial, mas tivemos uma dificuldade que foi o déficit de esfigmomanômetro, pois tínhamos apenas um a ser utilizado por toda a equipe.

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.

Quanto a este indicador no primeiro mês 27 (100%) foram rastreados, no segundo mês 87 (64,4%), e no terceiro mês 194 (80,2%) tiveram rastreamento para diabetes.

Este indicador não conseguimos 100%, houve falta de material para realização de hemoglicoteste.

Solicitamos material porem não recebemos em quantidade adequada para a demanda.

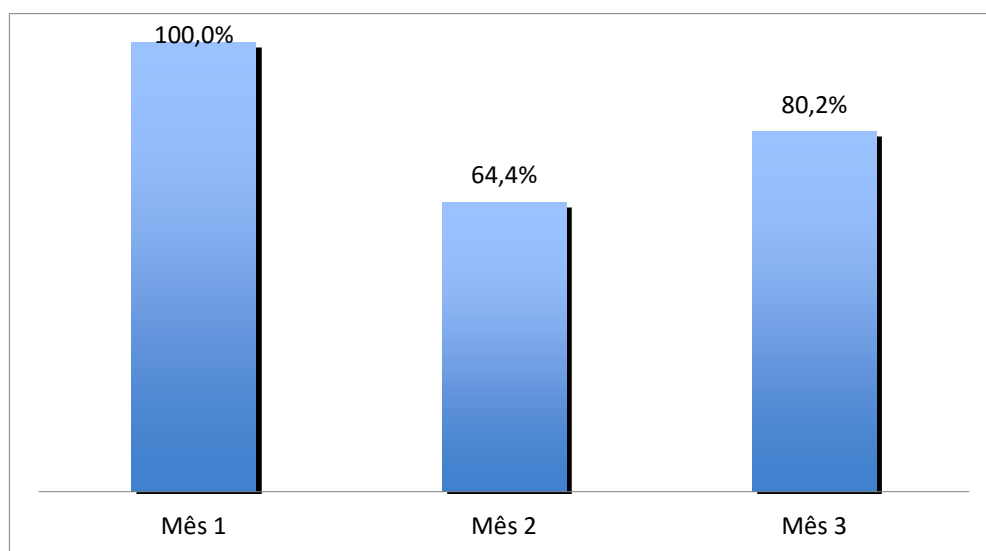


Figura 6 - Proporção de pessoas idosas Hipertensas rastreadas para Diabetes Mellitus na UBS Centro 3, Extremoz, RN.2016.

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.

Todos os usuários que foram cadastrados no Programa receberam avaliação da necessidade de atendimento odontológico sendo que no primeiro mês foram 27 (100%) idosos cadastrados, no segundo mês em 135 (100%), no terceiro mês 242 (100%).

Não houve dificuldades para realização desta meta, pois as avaliações foram realizadas durante os atendimentos.

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

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

Na unidade Centro 3 não há espaço físico para consultório odontológico e estes seriam realizados na unidade onde nossa equipe de odontologia realiza estes atendimentos localizada em outra unidade, porém no primeiro mês houve férias da odontóloga e após seu retorno por problemas de falta de material e falta de manutenção no consultório não houve atendimentos de odontologia. Portanto durante o período da intervenção nenhum idoso cadastrado teve realizada a primeira consulta odontológica programada.

Meta 2.11 Avaliar alterações da mucosa Bucal em 100% das pessoas idosas cadastradas.

Indicador 2.11: Proporção de idosos com avaliação da mucosa bucal

No primeiro mês, tiveram avaliação da mucosa bucal um total de 27 (100%) idosos cadastrados, no segundo mês 135 (100%) e no terceiro mês 242 (100%) tinham avaliação da mucosa bucal realizada.

Esta ação embora estivesse sistematizada nos atendimentos realizados antes da intervenção, agora conseguimos abranger um maior número de idosos.

Não houve dificuldades em sua realização. Tivemos a falta de um foco de luz e não conseguimos com a gestão. Adquiri um para que esta ação fosse realizada de forma satisfatória.

Meta 2.12 Avaliar a necessidade de prótese dentária em 100% das pessoas idosas cadastradas.

Indicador 2.12 Proporção de pessoas idosas com avaliação de necessidade de prótese dentária.

No primeiro mês avaliamos a necessidade de prótese dentária em 27 (100%) idosos cadastrados, no segundo mês 135 (100%) e no terceiro mês 242 (100%) idosos cadastrados estavam com avaliação da necessidade de prótese dentária realizada. Para trabalharmos esta ação precisamos em alguns momentos da avaliação da odontóloga o que não tivemos, pois, a odontóloga não atende em nossa unidade. Então encaminhávamos para reavaliação com a odontóloga. O problema da falta de Material foi solucionado pela equipe com aquisição de um

foco de luz para realizar esta avaliação e assim conseguimos atingir a meta sem maiores problemas.

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

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

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

Durante o período da intervenção poucos idosos faltaram à consulta programada. Entretanto, a forma de organização do atendimento aos idosos durante a semana possibilitava a oportunidade do idoso comparecer em outro dia de atendimento destinado aos mesmos. Aqueles que não compareceram tiveram busca ativa. Os faltosos ao final foram 03 (100%) e todos tiveram a busca ativa realizada.

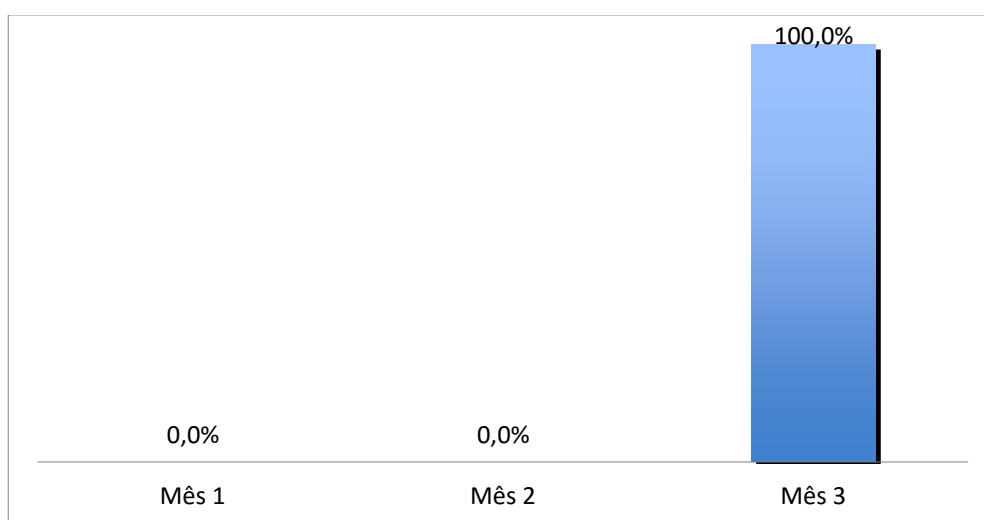


Figura 7 - Proporção de pessoas idosas faltosas que receberam busca ativa na UBS Centro 3, Extremos,RN,2016.

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.

Quanto a proporção de idosos com registro na ficha-espelho em dia no primeiro mês foram 27 (100%) idosos, no segundo mês em 135 (100%), no terceiro mês 242 (100%) idosos com registro na ficha espelho em dia.

Em nossa unidade não utilizávamos ficha espelho e com a intervenção esta foi incorporada aos atendimentos melhorando a assistência ao idoso por viabilizar a vigilância e correções necessárias na atenção à saúde do idoso.

Para o desenvolvimento desta meta tivemos como dificuldade inicial o preenchimento das fichas espelhos, mas com o decorrer da intervenção com este instrumento esta dificuldade foi minimizada facilitando a ação.

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.

No percurso da intervenção, não conseguimos as cadernetas de saúde da pessoa idosa junto a gestão o que não possibilitou esta ação. E dos 242 idosos cadastrados nenhum recebeu a caderneta de saúde da pessoa idosa.

Antes de iniciar e durante o período de intervenção fizemos solicitação em três ocasiões, porém fomos informados que a SMS não dispunha das cadernetas e que não havia tempo hábil para a solicitação e recebimento deste material.

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 de risco para morbimortalidade em dia.

Para o mapeamento dos idosos com avaliação de risco pertencente à área de abrangência realizamos um rastreamento de morbimortalidade entre os idosos cadastrados no programa. No primeiro mês foram rastreados 11 (40,7%) idosos, no segundo mês foram rastreados 81(60%) e no terceiro mês 106 (43,8%).

Esta meta teve como principal complicador a demora e falta nos exames complementares e a retirada de alguns destes exames da cobertura pela secretaria de saúde o que não nos possibilitou a avaliação de risco para todos os idosos, pois dependíamos dos exames para esta avaliação.

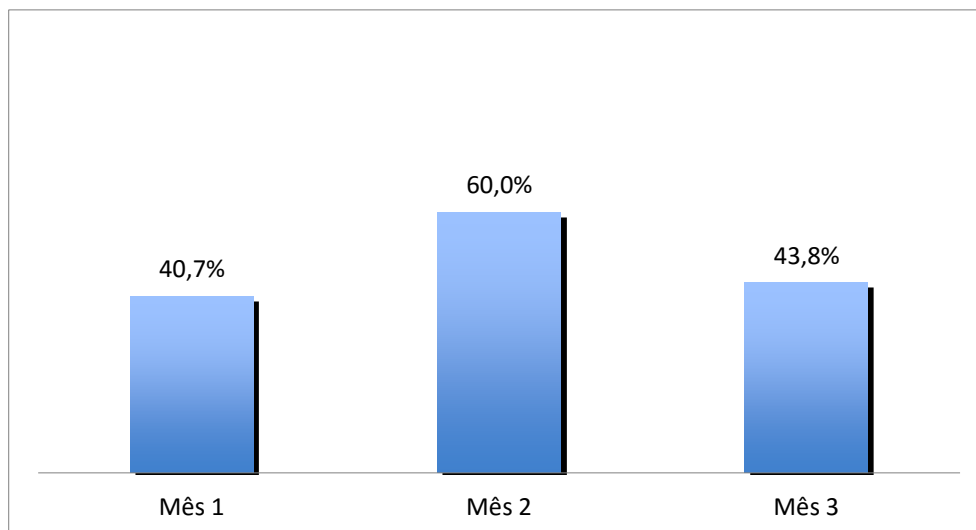


Figura 8 – Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia na UBS Centro 3, Extremoz, RN, 2016.

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.

Os idosos apresentam fragilidade por diferentes motivos pelos quais a intervenção realizou uma avaliação das mesmas sendo que no primeiro mês foram avaliados 27(100%) idosos, no segundo mês 135 (100%) e no terceiro 242 (100%) dos idosos cadastrados.

Conseguimos, portanto, cumprir meta de realizar esta avaliação para 100% dos idosos cadastrados.

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

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

No primeiro mês foram cadastrados 27 (100%) idosos e todos foram avaliados, no segundo mês 135 (100%) idosos foram avaliados, já no terceiro mês 242(100%) idosos estavam com avaliação da rede social em dia.

Este trabalho foi desenvolvido pelas ACS no momento da realização de visita domiciliar aos idosos e seus familiares e por ocasião da consulta individual a investigação era reavaliada e fornecidas orientações para a melhoria da rede social dos idosos acompanhados pelo serviço.

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.

Para a promoção da saúde aos idosos traçamos várias estratégias como orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas. No primeiro mês foram cadastrados e receberam orientação nutricional um total de 27(100%) idosos, no segundo mês 135 (100%), no terceiro mês 242 (100%).

Esta orientação foi realizada por todos os integrantes da equipe, pois todos foram capacitados para desempenhar esta atividade de orientação aos idosos e fizemos orientações em sala de espera por isso alcançamos esses resultados em cada mês ao longo da intervenção.

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.

Durante o período que foi desenvolvido a intervenção os idosos receberam vários tipos de orientações entre as quais orientações para a prática regular de atividade física que foi realizada a todos os idosos cuidadores e familiares.

No primeiro mês foram orientados 27(100%) idosos, no segundo mês 135 (100%), já no terceiro mês 242 (100%) idosos foram orientados sobre prática regular de atividade física.

Para realizar as atividades práticas precisávamos de locais adequados bem como para a realização de palestras educativas. Estas orientações foram realizadas na unidade e nesta incentivamos e orientamos a utilização da academia da saúde do município onde há acompanhamento de profissionais 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 orientação sobre higiene bucal.

Durante a intervenção, a proporção de idosos que recebeu orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia na UBS Centro 3, foi de 100% mesmo sem o serviço de odontologia na unidade. No primeiro mês foram orientados 27(100%) idosos, no segundo mês 135 (100%), já no terceiro mês 242 (100%) foram orientados sobre prática regular de atividade física.

Para atingirmos a meta utilizamos palestras e discursões em sala de espera para todos os idosos e familiares que estiveram na unidade durante o período de intervenção.

4.2 Discussão

Com a realização desta intervenção foram muitas as experiências vividas tanto para mim pessoalmente como para a equipe. Para a equipe foi importante, pois foram realizadas várias atividades que possibilitaram o aumento da capacidade de enfrentamento das dificuldades, pois foram muitas as enfrentadas durante a intervenção e que foram solucionadas com a colaboração e dedicação de cada um dos integrantes da equipe.

Também aprenderam a trabalhar em maior união, pois perceberam que quando trabalhamos unidos podemos vencer todas as dificuldades. Uma das coisas mais importantes que aconteceu com a equipe foi que cada um dos membros desta está preparado para a realização do atendimento aos idosos e aos demais grupos populacionais assim como sabem o que fazer em um determinado momento diante uma dada situação.

Este período possibilitou algumas mudanças na unidade e uma delas foi quanto a qualidade do serviço prestado pela mesma, que se tornou mais organizado a medida que íamos implementando as ações previstas para a intervenção, pois a organização dada para a mesma está também sendo implementada para a unidade toda o que facilitou o desempenho do trabalho na unidade de forma geral.

Por outro lado, a intervenção trouxe benefícios também para a população, pois mudou a forma destes usuários se relacionarem com a unidade de saúde. Melhoramos o acesso, organizamos demandas. A equipe pôde se aproximar da população, ouvir mais, cuidar mais.

No total de 242 idosos, entre os quais existiam hipertensos, diabéticos, acamados e os que apresentavam outras doenças crônicas não transmissíveis e aprenderam a conviver com elas, pois mediante os grupos de idosos e as outras atividades desenvolvidas pela equipe, eles aprenderam que, realizando o tratamento higiênico dietético e medicamentoso da forma adequada podiam mudar seu modo e estilo de vida e que estas mudanças eram responsáveis pelas melhorias em suas vidas e também para suas famílias.

Outra melhoria alcançada com a intervenção para melhoria da qualidade de vida dos idosos foi para aqueles que precisavam de medicamentos para o tratamento de sua doença. Estes foram cadastrados na farmácia popular para garantia do fornecimento dos medicamentos necessários para o tratamento. Os outros grupos populacionais não pertencentes ao grupo alvo da intervenção também receberam orientação sobre a forma como deveriam se relacionar com os idosos para melhorar suas condições de vida. Todas estas melhorias que esperamos ter ocorrido de fato, agora servem de experiência e que esperamos estejam sendo usadas pelas pessoas na comunidade e pela equipe para crescimento pessoal e profissional.

De acordo com os resultados obtidos na intervenção, caso fosse realizar a mesma neste momento faria da mesma forma, no que dependeu da equipe, pois acredito que os resultados obtidos foram bons diante das condições para realização das ações propostas. Nesta intervenção deve ser melhorado o atendimento odontológico para os usuários, pois não está sendo realizado, que as vacinas que tão importante são para os idosos sejam realizadas na unidade, que a estrutura física da unidade venha um dia a proporcionar privacidade, acessibilidade e condições de trabalho e acolhimento.

Esperamos que a experiência vivida nesta intervenção por todos os envolvidos, possa servir de inspiração e estímulo para que outras mais surjam e se aprimorem. A intervenção na saúde da pessoa idosa já se incorporou em alguns aspectos à rotina do atendimento a todos os grupos ali assistidos, pois não

há como limitar a oferta de uma ação apenas porque um determinado usuário não faz parte de determinado grupo.

Esperamos que, para a viabilidade desta e de outras ações realizadas no serviço de saúde Centro 3, a gestão apoie iniciativas como essa dando condições de trabalho para o bom desempenho dos profissionais envolvidos a fim de viabilizar melhorias e redução de riscos na vida da população ali assistida.

Continuaremos estimulando a equipe a tentar disponibilizar à população sempre um serviço de qualidade e quando necessário for estimular a busca pelo respeito aos direitos lutando com esta para que estes sejam respeitados.

5. Relatório da intervenção para gestores

Prezado gestor municipal,

Este Relatório apresenta como foi implementada a Intervenção sobre o tema Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa idosa na UBS Senador Centro 3 Extremoz RN, realizada pela equipe de saúde entre os meses de dezembro de 2015 e março de 2016.

Esta intervenção faz parte das atividades desenvolvidas pela Especialização em Saúde da Família, na modalidade à distância, que é ofertada pela Universidade Federal de Pelotas através do Departamento de Medicina Social, para os participantes do PMMB. Este curso de especialização tem como objetivo trabalhar e aprender os conteúdos respondendo às necessidades de seu serviço.

Sendo assim, realizamos uma análise situacional no início do curso e identificamos que existia uma lacuna na atenção aos idosos como uma baixa adesão, falta de registros e de atenção integral não obedecendo os princípios do SUS.

Para tanto, as ações foram planejadas e desenvolvidas de acordo com os eixos do Projeto Pedagógico do Curso de Especialização: organização e gestão do serviço; monitoramento e avaliação; engajamento público, e qualificação da prática clínica.

Dessa forma realizamos capacitação da equipe quanto ao desenvolvimento da intervenção e dos protocolos do MS quanto a atenção a este grupo populacional, capacitamos e orientamos líderes da comunidade para divulgar a intervenção, realizamos grupos de educação em saúde, melhora no acolhimento dos usuários, entre outras coisas.

Foram cadastrados 242 (46,1%) idosos sendo que todos estes tiveram avaliação multidimensional rápida, realização de exame clínico, foram rastreados para hipertensão, tiveram avaliação da necessidade de atendimento odontológico,

tiveram registro na ficha espelho, foram avaliadas para fragilização na velhice, tiveram avaliação da rede social em dia, receberam orientação para hábitos alimentares saudáveis, prática regular de atividade física e higiene bucal, todos os faltosos às consultas que receberam busca ativa. Alguns indicadores que não alcançaram 100% foram idosos hipertensos rastreados para diabetes onde tivemos 194 (80,2%), 93 (38,4%) tiveram solicitação para realização dos exames complementares, 211 (87,2%) tiveram prescrição priorizada da farmácia popular.

Atualmente podemos considerar que os profissionais da unidade se encontram mais preparados para enfrentar dificuldades ou imprevistos que possam vir a acontecer, as capacitações são temas constantes dos membros da equipe. Porém se faz necessária uma maior aproximação gestão-unidade de saúde para que estes anseios sejam ouvidos.

O êxito da intervenção não dependia somente da equipe de trabalho e do esforço feito pela mesma, mas dependia de fatores relacionados à gestão que eram determinantes para alcançar o objetivo proposto. Por meio da gestão foram solicitadas as cadernetas que precisávamos para que cada idoso pudesse ter a sua e, assim poder manter um acompanhamento e monitoramento adequado dos idosos cadastrados no programa. Porém estas infelizmente não puderam ser disponibilizadas. Também foi de responsabilidade da gestão garantir que as fichas-espelho utilizadas na intervenção na unidade em quantidade suficiente para poder registrar os dados de cada novo idoso cadastrado, o que aconteceu quase sem imprevistos.

Entretanto, lamentamos que a estrutura física da unidade esteja muito longe do preconizado isto sem dúvidas é sentido por usuários e pela equipe a cada atendimento realizado. Esperamos em breve contar com uma equipe de odontologia em nossa unidade assim como uma sala de vacina muito necessárias para a população em questão. As condições hoje vividas pela falta de matérias para curativos entre outros prejudicou os indicadores da intervenção infelizmente.

Entendemos as dificuldades que vive o SUS e, portanto contamos com o zelo quando possível, com a população. Acredito que este é o fator mais determinante para a qualidade do atendimento em geral, pois as atividades educativas muito necessárias no âmbito da saúde, como as palestras necessitam ser realizadas em locais adequados e não pudemos contar com esse espaço.

Além disso, julgo interessante um investimento maior por parte da gestão quanto às capacitações para a equipe abordando diferentes temas relacionados com a saúde da família envolvendo atenção aos demais grupos populacionais além dos idosos. Desta forma, a gestão ajudaria muito na qualificação dos serviços, pois contribuiria na ampliação da intervenção à saúde do idoso e na implementação de outras ações programáticas que devem ser desenvolvidas na unidade básica de saúde para garantir qualidade de vida a todos. Acreditamos, entretanto, na capacidade de superação dos envolvidos nesta gestão.

As condições de registros anteriores a esta intervenção não nos permitiu uma real comparação entre números de resultados obtidos, porém esta intervenção possibilita que a partir dela estas comparações possam ser realizadas.

Este documento em sua íntegra contém os dados referentes a todos os objetivos e metas alcançadas.

Atenciosamente,

Equipe de Saúde da Unidade Centro 3, Extremoz, RN.

6. Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezada comunidade,

A Unidade de Saúde centro 3 está situada no Centro da cidade Extremoz RN. Após analisar que o grupo de pessoas idosas estavam com dificuldades de acesso devido à grande demanda de usuários e devido à falta de um programa dentro da unidade voltada para o idoso, resolvemos escolher a ação em saúde da pessoa idosa para nos dedicar na tentativa de melhorar o atendimento a essas pessoas.

Sendo assim, foram cadastrados 242 pessoas idosas sendo que todos estes tiveram avaliação multidimensional rápida, realização de exame clínico, foram rastreados para hipertensão, tiveram avaliação da necessidade de atendimento odontológico, tiveram registro na ficha espelho, foram avaliadas para fragilização na velhice, tiveram avaliação da rede social em dia, receberam orientação para hábitos alimentares saudáveis, prática regular de atividade física e higiene bucal, todos os faltosos às consultas que receberam busca ativa.

Tivemos dificuldades com alguns aspectos como a solicitação para realização dos exames complementares, prescrição priorizada da farmácia popular e entrega de caderneta do idoso, onde não conseguimos realizar para todos os cadastrados.

Também, não conseguimos ainda atender nem cadastrar todos os idosos da área porém esta intervenção deverá continuar com a realização de todas as ações que já foram realizadas até agora para que possamos atender a todos.

Ocorreram atendimentos agendados, aqueles que foram atendidos tiveram consulta de retorno agendadas; realizamos visitas a pacientes acamados ou com dificuldade de locomoção e temos como meta fazer isso para todos os idosos da área. Além disso, com as atividades realizadas de caráter educativo que realizamos não só os idosos foram beneficiados, mas as famílias de modo geral, pois nestas atividades foi incluída toda comunidade para assim alcançar melhorias no modo e estilo de vida da população alvo. O maior ganho alcançado com o desenvolvimento da ação programática direcionada aos idosos é que a mesma foi inserida de forma quase imperceptível à rotina da unidade, pois agora os idosos terão sempre este tipo de atendimento presente na unidade.

O processo de inserção desta intervenção na rotina da unidade foi desenvolvido de forma gradual e lentamente a fim de que todos os envolvidos nela pudessem entender qual era o verdadeiro objetivo e como teria que ser realizada.

A comunidade desempenhou um papel muito importante na inserção desta intervenção à rotina da unidade quando participou e atendeu às orientações dos ACS.

O atendimento aos usuários cadastrados no programa devem ser mantidas para que prossigamos melhorando a atenção à saúde na unidade e de forma geral entendemos a necessidade de intervenção como essa para todos grupos populacionais e não somente aos idosos.

Assim, agradecemos todo o apoio recebido por parte da comunidade e colocamo-nos à disposição para quaisquer outros esclarecimentos acerca da intervenção realizada bem como para o planejamento para qualificação de outras ações programáticas fortalecendo assim o engajamento público.

Atenciosamente,

Equipe de Saúde da Unidade Centro 3,Extremoz, RN.

7. Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Quando comecei o curso de especialização em saúde da família tinha uma ideia de como seria, mas não tinha certeza absoluta, pois era a primeira vez que realizaria um curso a distância. Com o transcorrer do tempo e como trabalho diário comecei a me familiarizar com o método de ensino e da forma que eram apresentadas as diferentes tarefas do curso.

Realmente, no começo minhas expectativas eram outras, mas quanto mais foi avançando o curso fui sentindo-me envolvido no trabalho e este processo me fez entender melhor a proposta. Esta especialização passou a ser parte da rotina de minha vida e dos demais membros da equipe, pois para poder realizar as tarefas postadas pelo curso era necessário ocupar mais tempo do que o solicitado pelo mesmo, tendo que realizar muitos trabalhos para o curso em horários noturnos além do já utilizado durante o dia. Rotina muito cansativa, mas necessária.

Mesmo tendo utilizado parte de meu tempo de descanso para a realização das atividades requeridas pelo curso, foi de muita importância. Mediante os casos clínicos que tive que resolver, adquiri novos conceitos quanto às patologias observadas no dia a dia na unidade.

Considero que as atividades que foram propostas e disponibilizadas pelo curso foram necessárias ao que se propõe, com elas revii questões relativas ao Sistema Único de Saúde no Brasil e os protocolos de tratamentos utilizados para tratamentos das doenças específicas que são de alta incidência e que necessitam de acompanhamento por uma equipe de saúde. Agora ao final do curso percebo que ainda há muito o que seguir, há muito o que aprender mas cresci.

Os aprendizados mais relevantes do curso sem “sombra” de dúvidas foram os Testes de Qualificação Cognitiva (TQC) realizados ao longo do mesmo, pois com eles foram testados os conhecimentos individuais de cada especializando, já que neles eram resumidos todos os aspectos que estavam

sendo tratados em cada unidade do curso. Além disso, uma vez terminado o TQC eram postados os resultados do mesmo e isso permitia avaliar quais eram os itens que o especializando apresentava mais dificuldade. O que permitia ao mesmo se aprofundar sobre o assunto permitindo a aquisição de mais conhecimentos acerca do tema em questão.

Com o trabalho desenvolvido na UBS durante o tempo em que foi realizada a intervenção perceberam-se mudanças favoráveis no atendimento aos usuários e também foram observadas mudanças relacionadas à equipe de saúde quanto à forma de trabalho. Assim, pelas mudanças que aconteceram com o processo de intervenção, as mesmas serão aperfeiçoadas no percurso do tempo com o trabalho nesta ação desenvolvida e com as outras ações programáticas a serem desenvolvidas na unidade.

Referências

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília, 2010.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **CENSO DEMOGRÁFICO 2012**. Características da população e dos domicílios: resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: **UNESCO**. Ministério da Saúde, 2002. 726p.

UFPEL. Universidade Federal de Pelotas. Curso de Especialização em Saúde da Família. Modalidade à Distância. **Projeto Pedagógico**. Pelotas, 2014.

Anexos

Anexo B

Planilha de coleta de dados

Dados para coleta	Número do idoso	Nome do idoso	O idoso foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O idoso teve primeira consulta odontológica programada?	O idoso falhou 3 consultas programadas?	O idoso que falhou 3 consultas recebeu buço extra?	O idoso está com o registro na ficha espelho em dia?	O idoso tem a Caderneta de Saúde do Pessoa Idoso?	O idoso está com avaliação de risco para morbimortalidade em dia?	O idoso está com avaliação para fragilização no idoso em dia?	O idoso está com avaliação de risco social em dia?	O idoso está com avaliação de risco para a saúde bucal em dia?	O idoso recebeu orientação nutricional para hábitos saudáveis?	O idoso recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O idoso está com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia?	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34

Continuação da Planilha

Dados para coleta	Número do idoso	Nome do idoso	O idoso foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O idoso teve primeira consulta odontológica programada?	O idoso falhou 3 consultas programadas?	O idoso que falhou 3 consultas recebeu buço extra?	O idoso está com o registro na ficha espelho em dia?	O idoso tem a Caderneta de Saúde do Pessoa Idoso?	O idoso está com avaliação de risco para morbimortalidade em dia?	O idoso está com avaliação para fragilização no idoso em dia?	O idoso está com avaliação de risco social em dia?	O idoso está com avaliação de risco para a saúde bucal em dia?	O idoso recebeu orientação nutricional para hábitos saudáveis?	O idoso recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O idoso está com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia?	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34

Anexo C – Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

Patrícia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL