

Universidade Aberta do SUS – UNASUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Departamento de Medicina Social
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 6



**Melhoria da Qualidade do Atendimento à População de Usuários Idosos
da UBS Pedro Barros Monteiro em Macapá, AP**

José Maria Costa Rassy Filho

Pelotas 2015

José Maria Costa Rassy Filho

**Melhoria da Qualidade do Atendimento à População de Usuários Idosos
da UBS Pedro Barros Monteiro em Macapá/AP**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
em Saúde da Família – EaD –
UNASUS/UFPel, como requisito parcial à
obtenção do título de Especialista em
Saúde da Família.

Orientador: Paulo Faria Bonat

Pelotas 2015

José Maria Costa Rassy Filho

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

R228m Rassy Filho, Jose Maria Costa

Melhoria da Qualidade do Atendimento à População de Usuários Idosos da UBS Pedro Barros Monteiro em Macapá/AP / Jose Maria Costa Rassy Filho; Paulo Faria Bonat, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

87 f. : il.

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

1.Saúde da Família. 2.Atenção Primária à Saúde. 3.Saúde do Idoso. 4.Assistência domiciliar. 5.Saúde Bucal. I. Bonat, Paulo Faria, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Gabriela N. Quincoses De Mellos CRB: 10/1327

**Melhoria da Qualidade do Atendimento à População de Usuários Idosos
da UBS Pedro Barros Monteiro em Macapá, AP**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde da Família –
Modalidade a Distância – UFPEL/UNASUS, como requisito para a obtenção do
título de Especialista em Saúde da Família. Foi julgada e aprovada.

Aprovada em ____/____/____

Coordenador do curso

BANCA EXAMINADORA

Dedicatória

A Deus, o que seria de mim sem a fé que eu tenho nele. Aos meus pais, irmãs, minha amada esposa Danielle e a toda minha família que, com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida.

Agradecimentos

A Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades.

A esta universidade, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a janela que hoje vislumbro um horizonte superior, eivado pela acendrada confiança no mérito e ética aqui presentes.

Ao meu orientador Paulo Bonat, pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivos.

Aos meus pais e irmãs, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

A minha amada esposa, que soube entender os momentos de ausência para concretização desse projeto.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

“O futuro pertence àqueles que acreditam na beleza de seus sonhos”.

([Eleanor Roosevelt](#))

Resumo

RASSY FILHO, José Maria Costa. **Melhoria da Qualidade do Atendimento à População de Usuários Idosos da UBS Pedro Barros Monteiro em Macapá/AP**. 2015. 87f.; il. Trabalho de Conclusão de Curso - Curso de Especialização em Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

O envelhecimento pode ser conceituado como um processo natural e gradual, capaz de produzir limitações e alterações no funcionamento do organismo tornando o indivíduo mais vulnerável às doenças. Vimos um crescente aumento da população idosa no Brasil e os complexos problemas de saúde que a envolvem, tornam evidente a necessidade de atenção adequada e prioritária, com isso espera-se que a Estratégia de Saúde da Família possa trazer contribuições significativas, visando aplicar o que garante a constituição federal e a lei 10.741/03 (estatuto do idoso), ou seja, direitos garantidos e fundamentais no que concerne a saúde física e mental. O presente trabalho teve como objetivo geral melhorar a qualificação da atenção ao programa Saúde do Idoso, na UBS/ESF **UBS Pedro Barros Monteiro em Macapá, AP**. A cobertura da Saúde do Idoso nesta unidade estava muito baixa, como nosso projeto elevamos essa cobertura, onde avaliamos o total de pessoa idosa acompanhadas, a saúde bucal, mental, nutricional, a prática de atividades físicas, bem como avaliação de exames laboratoriais e rastreios para doenças crônicas como Diabetes e Hipertensão, tal intervenção ocorreu no período de três meses do ano de 2014. Programar formas de registros que permitam acompanhamento sobre as usuárias evidenciando eventuais atrasos na realização dos exames e que permitam o registro e controle dos resultados. Como metodologia foi realizada ações específicas de cada meta instituída, englobando quatro eixos pedagógicos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Como principais resultados, obtivemos uma ampliação da cobertura de 30% (trinta por cento), além de, a rotina das ações serem incorporadas na rotina da equipe. Portanto, o presente projeto teve muita relevância, especialmente porque a detecção precoce das referidas doenças minimizou a morbimortalidade dos idosos e os custos do tratamento dos estágios avançados de doenças em decorrência da idade, além de ampliar a qualidade e a cobertura dos exames preventivos na atenção básica de saúde.

Palavras Chave: Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Saúde do Idoso; Assistência domiciliar; Saúde Bucal

Lista de figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção à saúde da pessoa idosa na unidade de saúde.....	3 3
Figura 2	Proporção de pessoas idosas com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.....	3 3
Figura 3	Proporção de pessoas idosas com exame clínico apropriado em dia..	3 4
Figura 4	Proporção de pessoas idosas hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.....	3 4
Figura 5	Proporção de pessoas idosas com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.....	3 5
Figura 6	Proporção de pessoas idosas acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.....	3 5
Figura 7	Proporção de pessoas idosas acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.....	3 6
Figura 8	Proporção de pessoas idosas com verificação da pressão arterial na última consulta.....	3 6
Figura 9	Proporção de pessoas idosas hipertensos rastreados para diabetes...	3 7
Figura 10	Proporção de pessoas idosas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.....	3 7
Figura 11	Proporção de pessoas idosas com primeira consulta odontológica programática.....	3 8
Figura 12	Proporção de pessoas idosas faltosos às consultas que receberam busca ativa.....	3 8
Figura 13	Proporção de pessoas idosas com registro na ficha espelho em dia...	3 9
Figura 14	Proporção de pessoas idosas com Caderneta de Saúde do Idoso.....	3 9
Figura	Proporção de pessoas idosas com avaliação de risco para	

a 15	morbimortalidade em dia.....	4 0
Figura 16	Proporção de pessoas idosas com avaliação para fragilização na velhice em dia.....	4 0
Figura 17	Proporção de pessoas idosas com avaliação de rede social em dia....	4 1
Figura 18	Proporção de pessoas idosas que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis.....	4 1
Figura 19	Proporção de pessoas idosas que receberam orientação sobre prática de atividade física regular.....	4 2
Figura 20	Proporção de pessoas idosas com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia.....	4 2
Figura 21	Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.....	4 5

Lista de Siglas

ACS	Agente Comunitário de Saúde;
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família;
PSF	Programa Saúde da Família;
UBS	Unidade Básica de Saúde.
IMC	Índice de Massa Corporal
ESF	Estratégia Saúde da Família

Sumário

Apresentação.....	1
.....	2
1. Análise situacional.....	1
1.1 Análise situacional.....	3
2. Análise Estratégica – Intervenção.....	1
2.1	6
2.1.1	1

Justificativa.....	6
..	
2.2 Objetivos e	1
Metas.....	7
Objetivo	1
Geral.....	7
Objetivos	1
específicos.....	7
2.2.2	1
Metas.....	7
2.2.2.1 Meta relativas ao objetivo 1 Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso.....	1 7
2.2.2.2 Metas relativas ao objetivo 2 Melhorar a qualidade da atenção à pessoa idosa na Unidade de Saúde.....	1 7
2.2.2.3 Meta relativas ao objetivo 3 Melhorar a adesão da pessoa idosa ao Programa de Saúde do Idoso.....	1 8
2.2.2.4 Metas relativas ao objetivo 4 Melhorar o registro das informações.....	1 9
2.2.2.5 Metas relativas ao objetivo 5 Mapear a pessoa idosa de risco da área de abrangência.....	1 9
2.3	1
Metodologia.....	9
..	
2.3.1 Ações e Detalhamento das Ações.....	1 9
2.3.2	2
Indicadores.....	1
2.3.3	2

Logística.....	6
2.3.4	2
Cronograma.....	8
3 Relatório da	2
Intervenção.....	9
3.1 As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.....	2 9
3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.....	2 9
3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores.....	3 0
3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra.....	3 0
4 Avaliação da	3
intervenção.....	2
4.1	3
Resultados.....	2
...	
4.2	4
Discussão.....	3
..	
4.3 Relatório da intervenção para	4
gestores.....	5
4.4 Relatório da intervenção para	4
comunidade.....	7

5. Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem.....	4
6	4
Bibliografia.....	9
.....	
7	5
Anexos.....	2
.....	

Apresentação

No presente trabalho, contamos com a apresentação, com a Análise Estratégica (Projeto de intervenção), onde contém: Justificativas, objetivos e metas e metodologia (Ações, Indicadores, Logística e Cronograma), também esta inserido o Relatório de Intervenção, a Avaliação de Intervenção (Resultados e Discussão), Relatório de Intervenção para Gestores e para a Comunidade, finalizando com a Reflexão Crítica sobre o processo pessoal de Aprendizagem.

1 Análise situacional

Texto inicial

A minha expectativa com o curso de especialização, é aprender e se aperfeiçoar em uma profissão que ajude as pessoas a terem mais saúde, qualidade de vida, nas primeiras semanas de atuação verifiquei que existiam muitas falhas no processo de cobertura e atendimento, com o projeto pude sanar as pendências que existiam, com isso aumentando a cobertura e proporcionando uma melhoria na qualidade do atendimento.

A UBS Pedro Barros Monteiro está localizada na Fazendinha, Distrito de Macapá, no Estado do Amapá, extremo norte do Brasil, o posto é composto por quatro consultórios, uma sala de vacinas, uma sala de coletas, uma sala de pequenos procedimentos, uma sala de atividades, uma sala de observação,

uma sala de lavagem e esterilização de material, farmácia, dois banheiros, sendo um adaptado para portadores de deficiência, e demais compartimentos internos. Os consultórios detêm atendimento clínico, ginecológico, pediátrico e odontológico. Já a sala de procedimentos realiza curativos, injeções, medicação, verificação de pressão arterial, retiradas de pontos. A unidade também terá distribuição de medicamentos básicos para atender a demanda de usuários.

A Unidade, está longe de ser perfeita, possui uma estrutura antiga, com goteiras, paredes com mofo e algumas partes que estão a céu aberto. Na farmácia há falta de medicações básicas. Talvez tal situação aconteça em grande parte do Brasil. Mas devido ao grande apelo da comunidade e também de todos que trabalham na UBS (Unidade Básica de Saúde), a prefeitura iniciou a reforma requerida para melhorar o atendimento ao usuário, no que diz respeito a falta de medicamentos, sempre se está em contato com a direção para requerer junto a SESMA a reposição deste que estão em falta, na maioria das vezes se é atendido prontamente, facilitando assim o trabalho, pois muitos dos usuários não possuem condições de comprar a medicação tornando incompleto o tratamento.

O Trabalho que realizou-se apresenta-se sob de duas formas, visitas domiciliares e atendimentos ambulatoriais no posto e em outras localidades, como escolas e igrejas. Geralmente as visitas de acamados e atendimentos fora da UBS são feitos pela manhã, e pela tarde somente atendimento dentro do posto, agendando dias prévios para Pediatria, Pré-natal e atendimento geral. Também auxílio em urgências quando os outros colegas estão ocupados, tais como fazer suturas, usuários com picos hipertensivos, febre alta entre outras situações que a enfermagem não sabe conduzir.

Apesar do pouco tempo, pode-se perceber que a comunidade e os ACS, estão afinados, pois a demanda esta crescente e pode-se comunicar sem problemas com os usuários, visto que os agentes colocam o médico a par de cada situação preocupante que cada família passa, com isso pode-se explorar todas as dificuldades e auxiliar tanto com medicações como com conselhos e orientações.

Sempre ocorre uma reunião nos últimos dias de cada mês, para dialogar sobre como se pode otimizar o trabalho, ouvindo as sugestões de todos os participantes da equipe. Nesse dia estabeleceu-se o cronograma do mês e metas a serem cumpridas.

Pode-se dizer com certeza que houve um aprendizado muito intenso nessa missão de estar atuando de forma mais íntima da comunidade através do PSF, visitando suas casas, conhecendo sua realidade. Às vezes, só se vê os usuários de trás de uma mesa, não se sabe o que realmente passam e o que vivem. Também espera-se repassar o conhecimento adquirido para ajudar a melhorar a qualidade de vida desse povo tão sofrido e carente.

Para essa missão, conta-se com o apoio dos ACS: técnicos de enfermagens, enfermeira, enfim, todos os funcionários que dão suportes para fazer o trabalho de forma organizada, higiênica e técnica.

O município onde o trabalho foi realizado, está localizado no extremo norte do Brasil, na capital do Estado do Amapá, Macapá, situa-se no sudeste do Estado e é a única capital estadual brasileira que não possui interligação por rodovia a outras capitais. Além disso, é a única cortada pela linha do Equador e que se localiza as margens do rio Amazonas. A capital dispõe de uma população estimada em 2014 de 437.256, segundo dados do IBGE (2014).

A capital dispõe de 29 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo cinco compostas de Estratégia Saúde da Família (ESF) e 24 UBS tradicionais. No âmbito de atendimento especializado tem-se apenas uma UBS, dispondo de serviço de cardiologia, oftalmologia, dermatologia e geriatria. Disponibilidade de serviço hospitalar não existe. No que diz respeito à disponibilidade de Núcleos de Apoio à Saúde da Família tem-se (NASF) 8 unidades e uma disponibilidade de Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), sendo que esta pertence ao Estado e não ao município.

No que diz respeito à UBS que disponibilizam exames, só existem três no município, porém, a Secretaria de Saúde Municipal, abriu licitação para estabelecer novos postos que venham a ter equipamentos para atendimento público.

A Unidade de Saúde Pedro Barros Monteiro, está localizada na zona urbana, não existe vínculo com alguma instituição de ensino, por enquanto, tendo como modelo ESF, uma vez que possui três equipes de Programa Saúde

da Família, constituindo, um médico, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem e quatro Agentes Comunitário de Saúde (ACS).

Não foram encontrados avisos sonoros, sinalização, escritos braile ou mais de um banheiro para deficiente, dificultando assim também usuários que não sabem ler, porém, entenderiam sinais visuais caso houvesse. Mas entrou em reforma e foram encaminhadas todas essas dificuldades sofridas pelos usuários para a administração.

Tem-se aproximadamente três mil pessoas na área de abrangência, dentre destas 1800 mulheres, 800 homens e o restante, de crianças e adolescentes. Para um atendimento amplo e irrestrito conta-se com três equipes de ESF compostas por aproximadamente oito pessoas. Segundo portaria do Ministério da Saúde (2488/2011) estabelece que “o número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS”, no caso da UBS, todos os ACS têm em torno de 200 a 300 pessoas. Porém, tem áreas que estão sendo construídas e criadas por pessoas (invasão) gerando novas áreas que estão descobertas, mas já estão sendo implantadas novas equipes para atender essas áreas descobertas.

Um dos principais pontos com relação à demanda espontânea vem a ser o excesso de demanda, pois além da Unidade possuir os residentes cadastrados, sempre se inclui pessoas das famílias que moram longe, em ilhas próximas, que não têm atendimentos médicos, vêm para fazer visitas aos seus familiares no município e aproveitam para fazer exames e avaliação médica, também sempre atende-se pessoas de áreas descobertas, conforme já foi dito anteriormente. Ações que ajudariam a diminuir a demanda, seria ampliação de novas equipes de ESF e construção de um hospital pelo governo do Estado no município vizinho, pois ao chegarem das ilhas, desembarcam lá, tendo um hospital para um atendimento geral e especializado, não viriam a esse município, que está longe.

Com relação à puericultura, o atendimento consiste em avaliar todos os aspectos da criança, tais como nutrição, vacinas, avaliação bucal, crescimento, número de consultas realizadas e exames auditivos. E alguma queixa se eventualmente acometer essa criança, solicita-se exames e prescreve-se remédios.

Possui-se um registro específico para atendimento a crianças e recém-nascido, as anotações estão de forma clara e específica, pois toda a equipe participa de forma rápida e comunicando, qualquer eventualidade que aparece, como por exemplo, falta de uma criança na consulta, partindo do ACS que comunica a enfermeira ou ao médico, e assim a equipe se reúne e vê a melhor forma de intervir naquela situação.

A nossa maior dificuldade com relação ao recém-nascido, diz respeito à nutrição e higiene, pois algumas vezes a família se mantém fiel a práticas culturais que existem em nossa região, como dar açaí como alimento para estes (15 dias de nascimento) assim que chegam em casa, após alta hospitalar, e não ter higiene básico, como beber água filtrada ou fervida, às vezes dando essa água ao nascituro. Verificando isso conversou-se com a família para mostrar como realizar higiene adequada e uma nutrição exclusiva de leite materno até os seis meses de idade.

No que diz respeito ao pré-natal, a cobertura na área é ampla e atinge a todos, pois preconiza-se a presença, quando a equipe se depara com a falta de uma gestante na agenda marcada para o pré-natal, o ACS quando visita alguém da família, chama a atenção e expõem o que pode ocasionar caso não seja acompanhada, podendo gerar um parto de alto risco, dependendo da evolução da gravidez. Todas as gestantes estão devidamente escritas e identificadas nos registros, por isso tem-se um controle eficaz e amplo.

No tocar do puerpério, como a área é pequena, tem-se facilidades de acompanhar a usuária desde o parto até o período pós-parto, ao se receber a usuária para avaliação e exames físicos, realizou-se exames específicos, como palpação abdominal, examinar a panturrilha, exame perineal, entre outras. Também deu-se orientações sobre nutrição, aleitamento, higiene e sobre cuidados pós- cirúrgicos nos casos de cesarianos e partos normais, onde foram realizados os procedimentos de episiotomia.

Com relação aos rastreios de câncer de colo de útero, quando atendem-se mulheres com exames alterados, tais dados ficam devidamente registrados em arquivo, primeiro deve-se dar um atendimento emocional ao usuário, tendo um acompanhamento da equipe médica e o mais importante é o suporte emocional da família que deve ser o mais imediato e "obrigatório". Outro aspecto fundamental é a comunicação entre família e equipe médica,

para superar as adversidades que poderão advir de um resultado alterado desse exame, podendo ser benigno ou maligno.

Para melhor atingir a população feminina sobre tema, deve-se utilizar os meios de comunicação de massa, tais como televisão e internet, além de realizar diversos eventos que mostrem para crianças e adolescente, o que significa o HPV, quais suas consequências e como é transmitido, que podem ocasionar um Câncer, informando de métodos preventivos, como da vacina que é distribuída gratuitamente pela rede pública e para o público adolescente, a utilização de camisinhas como métodos contraceptivo e preventivo para doenças sexualmente transmissíveis. O exame para a detecção é feita de forma rápida e indolor, sendo aceito pela maioria dos usuários, tendo como prevenção seu maior tratamento.

Os registros possibilitaram ter uma maior informação do câncer de mama nessa área, porém, o atendimento e controle se torna deficiente, haja vista que o aparelho de mamografia, sempre permanece quebrado, impossibilitando com isso um rastreio ou um seguimento adequado.

O câncer de mama talvez seja um dos mais divulgados pela mídia, tendo inclusive camisetas com símbolo e dia específico, incluindo palestras e fóruns. Porém, a má administração, leva a situações como se passa aqui, pois não tendo uma mamografia funcionando, dificultando assim a identificação precoce, o tratamento e o seguimento.

A cobertura é ampla, atendemos todos os usuários hipertensos em nossa área, dá-se assistência bucal, nutricional e medicamentosa (quando se tem).

Para melhorar e ampliar o controle e prevenção de Hipertensão arterial seria fazer campanha através das mídias informando as consequências do não tratamento correto e sequelas, de forma intensiva e mensal, para atingir públicos alvos, os grupos de riscos, como sedentários e obesos. Levantar uma discussão sobre a importância da adesão ao tratamento. Tenta-se atingir os formadores de opinião e que têm poder de influência e persuasão sobre a população, com isso atingem-se um grupo maior, não somente no dia da campanha de Hipertensão ou sou 12x8.

Os registros de pessoas com hipertensão e de diabéticos, estão sempre atualizados, fazendo com que se tenha um melhor atendimento e

controle. Mas não se pode esquecer de que diversos usuários possuem Diabetes, porém desconhecem tal patologia, pois não realizam exames mensais ou fazem HGT (hemoglicoteste), somente procurando o médico quando já estão em situação delicada.

Tem-se uma cobertura nesse tocante, bastante específica nos usuários diabéticos, avaliando higiene bucal, requeremos mensalmente exames laboratoriais, no exame físico olha-se os pés e dá-se orientações sobre o cuidado desse, avalia-se a nutrição e se estão realizando atividades físicas.

O atendimento dado às pessoas idosas que geralmente estão acamados é bastante significativo, pois dá-se assistência médica e odontológica, avaliando *in loco* a realidade de cada usuário e orientando a família sobre como cuidar destes, tanto auxiliando na correta tomada da medicação e nas alterações ambientais para evitar queda e fraturas, como por exemplo, retirar tapetes e retirar mesinhas da passagem.

Para dar um melhor atendimento e mais amplo às pessoas idosas, que geralmente são acamados que recebem visitas domiciliar das equipes médicas, necessita-se da ajuda e compreensão da família, para que sempre o ajude a realizar o tratamento prescrito, porém, muitas vezes não vê isso.

Há relato de famílias que em muitas vezes relegam a pessoa idosa, deixando largados a própria sorte e sem atenção, e o pior sem ter realizados exames e tomado a medicação prescrita, nesses casos utiliz-se a prerrogativa de advogado e explico aos membros da família que conforme o Estatuto do Idoso dispõe, o cuidado das pessoas idosas é de responsabilidade prioritária da família.

É explicado que caso a pessoa idosa não possua família ou a família não dá à assistência necessária, que a justiça decidirá se aquela tem condições de cuidar de si mesmo ou se necessitará de ajuda da comunidade ou mesmo da mudança para um abrigo ou Instituição de Longa Permanência para Idosos.

Pode-se dizer que nem todas as pessoas idosas precisam ou querem ajuda constante dos seus filhos. Eles podem preferir viver em uma comunidade com outras pessoas da sua idade, ou talvez sejam capazes de total independência. Involuntariamente das circunstâncias, ainda se tem obrigações para com os pais, tendo que dá todas as assistências necessárias.

Nas primeiras semanas, foram verificadas algumas situações, como falta de estrutura e de medicação, no que diz respeito a estrutura, esta ainda encontra-se em reforma, mas já são visíveis as alterações requeridas e atendidas pelos gestores municipais, atendendo diversas especificações, mas a falta de algumas medicações ainda continua, dificultando bastante o trabalho, quando acontece isso, se requer junto a direção do posto, em sempre se é atendido. Segundo a Secretaria de Saúde Municipal, nova remessa de medicação esta prevista para o final do mês de janeiro de 2015.

Com relação à equipe, continua-se com muita afinidade, pois não existem verdades absolutas e sim diálogos para construir uma cogação, ou seja, é ouvia cada sugestão e opinião para melhorar o serviço. Por fim, reafirmar a convicção de atender todos de maneira humana e direita, é, além de tratar a patologia, é também tratar a alma.

2 Intervenção

2.1 Justificativa

Neste trabalho preconizou-se a saúde da pessoa idosa, que possui cobertura na legislação vigente (Lei n.º 10.741/13) comumente conhecida como Estatuto do Idoso. Vários trabalhos científicos correlacionados com esse tema e no Caderno de Atenção ao Idoso recomendado pelo Ministério da Saúde. Neste interim, fez-se enfoque em três pontos de suma importância e assegurado em lei: Atividades físicas, higiene bucal e nutrição.

Na área de cobertura da Unidade, tem-se aproximadamente 120 pessoas idosas, destes, cerca de 60 são de atendimentos domiciliar, haja vista que possuem dificuldades de deambular ou estão acamados. Os programas oferecidos aos usuários são o Hiperdia, sobre higiene bucal, sobre câncer de mama, câncer de colo de útero e câncer de próstata.

Avaliando a situação dos usuários da terceira idade, observou-se que muitos não cuidam da higiene bucal, não realizam práticas de atividades físicas

e não realizam orientações dietéticas prescritas, tendo como impedimento o baixo poder aquisitivo ou por indiferença familiar, fazendo que com isso dificulte o tratamento. Ressalta-se que não existe protocolo estadual nem municipal, para essa realização, utiliza-se o protocolo do Ministério da Saúde. A intervenção com apoio da equipe, pretende orientar sobre dietas especiais e alternativas, práticas de esportes, trabalho e atividades da vida e higiene bucal, como meio de melhorar a vida desses usuários, tentou-se atender 15% destes da área de atuação da Unidade, algo em torno de 18 pessoas.

2.2 Objetivos e Metas

Objetivo Geral

Melhorar a Qualidade do Atendimento à População de Usuários Idosos, mantendo planilha de acompanhamento de 30% das pessoas idosas atualizada na unidade de saúde.

Objetivos específicos

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

2 Qualidade. Melhorar a qualidade da atenção da pessoa idosa na Unidade de Saúde.

3 Adesão. Melhorar a adesão da pessoa idosa ao Programa de Saúde do Idoso.

4 Registro. Melhorar o registro das informações.

5 Avaliação de risco. Mapear a pessoa idosa de risco da área de abrangência.

2.2.2 Metas

2.2.2.1 Meta relativas ao objetivo 1 Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso

Meta 1

1.1 Ampliar a cobertura de atenção à saúde da pessoa idosa da área da unidade de saúde para 100%.

2.2.2.2 Metas relativas ao objetivo 2 Melhorar a qualidade da atenção à pessoa idosa na Unidade de Saúde

Meta 2

2.1 Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 30% da pessoa idosa da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Meta 3

2.2 Realizar exame clínico apropriado em 30% 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 4

2.3 Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 30% da pessoa idosa hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 5

2.4 Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 30% da pessoa idosa.

Meta 6

2.5 Cadastrar 30% das pessoas idosas acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% da pessoa idosa da área).

Meta 7

2.6 Realizar visita domiciliar a 30% das pessoas idosas acamados ou com problemas de locomoção.

Meta 8

2.7 Rastrear 30% da pessoa idosa com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Meta 9

2.8 Rastrear 30% da pessoa idosa com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM).

Meta 10

2.9 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% da pessoa idosa.

Meta 11

2.10 Realizar a primeira consulta odontológica para 30% da pessoa idosa.

2.2.2.3 Meta relativas ao objetivo 3 Melhorar a adesão da pessoa idosa ao Programa de Saúde do Idoso

Meta 12

3.1. Buscar 30% da pessoa idosa faltosas às consultas programadas.

2.2.2.4 Metas relativas ao objetivo 4 Melhorar o registro das informações

Meta 13

4.1 Manter registro específico de 30% das pessoas idosas.

Meta 14

4.2 Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 30% dos idosos cadastrados

2.2.2.5 Metas relativas ao objetivo 5 Mapear a pessoa idosa de risco da área de abrangência

Meta 15

5.1 Rastrear 30% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Meta 16

5.2 Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 30% das pessoas idosas.

Meta 17

5.3 Avaliar a rede social de 30% da pessoa idosa

2.3 Metodologia

Atividade constituída para definir um problema identificado, transformando assim uma ideia em ação, definir a análise e seguir passos e assim tentar solucioná-lo. Visto isso, após o levantamento do problema encontrado, o projeto de intervenção é indicado para realização da Saúde do Idoso nos aspectos físicos, nutricionais e bucal, contando com a participação de todos os integrantes da equipe 025, a fim de levar uma melhor qualidade de vida para os usuários da melhor idade.

2.3.1 Ações e Detalhamento das Ações

No plano de trabalho se verificou e selecionou-se o atendimento à pessoa idosa nos serviços de saúde quando há ocorrência de problema de saúde, para garantia de efetivação do cuidado ao longo do tempo. Estabeleceu-se um diálogo mediante discussão dos casos das famílias, com a participação de todos os membros da equipe, capacitando a orientar as famílias sobre hábitos nutricionais e pratica de exercícios. Foi estabelecido a cada membro suas tarefas:

Agente Comunitário de Saúde/Equipe:

Captar a pessoa idosa na microárea.

Cadastrar a pessoa idosa na equipe de Saúde da Família ou na Unidade Básica de Saúde.

Informar sobre a existência dos serviços.

Orientar a pessoa da melhor idade sobre a importância da consulta médica para detectar, precocemente, os problemas de saúde.

Auxiliar a equipe multiprofissional nas visitas domiciliares.

Agendar ações e/ou intervenções.

Técnico de Enfermagem, Enfermagem e Equipe:

Avaliar queixas.

Agendar consultas.

Cadastrar.

Encaminhar para os grupos operativos.

Encaminhar para o serviço de Saúde Bucal se necessário.

Orientar e encaminhar para as atividades de outros serviços da comunidade.

Médico:

Realizar consulta médica.

Oferecer o cuidado através de diagnóstico, tratamento, orientações diversas.

Solicitação de exames complementares, encaminhamentos.

Apoiar tecnicamente a equipe de saúde.

Odontólogo:

Oferecer o cuidado odonto-geriátrico que deve incluir, pelo menos, o diagnóstico, prevenção e tratamento da cárie, doenças periodontais e da mucosa, dores na cabeça e pescoço, disfunções, problemas com próteses e comprometimento das funções de mastigação, deglutição.

Nutricionista:

Realizar avaliações e orientações nutricionais.

Estabelecido tais critérios, optou-se por estabelecer um dia a tarde para atendimento exclusivo das pessoas idosas as quais estão inseridas no programa, primeiramente com atendimento médico e posteriormente com os demais profissionais, haja vista a incompatibilidade de horários.

A maior dificuldade continua sendo espaço para atividades físicas, pois o posto está em reforma, e na área não possuiu uma praça com aparelhos

voltados para os idosos ou estruturada para realizar tais práticas. Será verificado junto a uma escola municipal se cedem o espaço para a tarefa.

2.3.2 Indicadores

Indicador do Objetivo 1

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

Meta 1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde da pessoa idosa da área da unidade de saúde para 100%.

Indicador 1: Cobertura do programa de atenção à saúde da pessoa idosa na unidade de saúde.

- Numerador: Número de pessoa idosa cadastradas no programa.
- Denominador: Número de pessoa idosa pertencentes a área de abrangência da unidade de saúde.

Indicadores do Objetivo 2

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção à pessoa idosa na Unidade de Saúde

Meta 2: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% da pessoa idosa da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Indicador 2: Proporção de pessoa idosa com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

- Numerador: Número de pessoa idosa com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.
- Denominador: Número de pessoa idosa cadastradas no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

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

- Numerador: Número de pessoa idosa com exame clínico apropriado em dia.
- Denominador: Número de pessoa idosa cadastradas no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 4: Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% da pessoa idosa hipertensa e/ou diabética.

Indicador 4: Proporção de pessoas idosas hipertensas e/ou diabéticas com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

- Numerador: Número de pessoa idosa hipertensa e/ou diabética com solicitação de exames complementares periódicos em dia.
- Denominador: Número de pessoa idosa cadastrada no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 5: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% das pessoas da melhor idade.

Indicador 5: Proporção de pessoa idosa com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

- Numerador: Número de pessoa idosa com acesso cuja prescrição é priorizada para Farmácia Popular.
- Denominador: Número de pessoa idosa cadastrada no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 6: Cadastrar 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Indicador 6: Proporção de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção cadastrados.

- Numerador: Número de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção cadastrados no programa.

- Denominador: Número de pessoa idosa acamadas ou com problema de locomoção pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 7: Realizar visita domiciliar a 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

Indicador 7: Proporção de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.

- Numerador: Número de pessoas idosas acamadas ou com problema de locomoção que receberam visita domiciliar.
- Denominador: Número de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 8: Rastrear 100% das pessoas idosas para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Indicador 8: Proporção de pessoas idosas rastreadas para hipertensão na última consulta.

- Numerador: Número de pessoas idosas com medida da pressão arterial na última consulta.
- Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 9: Rastrear 100% das pessoas idosas com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM).

Indicador 9: Proporção de pessoas idosas hipertensas rastreadas para diabetes.

- Numerador: Número de pessoas idosas hipertensas rastreadas para diabetes mellitus.
- Denominador: Número de pessoas idosas com pressão sustentada maior que 135/80mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

Meta 10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas idosas.

Indicador 10: Proporção de **peessoas idosas** com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

- Numerador: Número de pessoas idosas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.
- Denominador: Número total de pessoas idosas inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 11: Realizar a primeira consulta odontológica para 100% das pessoas idosas.

Indicador 11: Proporção de pessoas idosas com primeira consulta odontológica programática.

- Numerador: Número de pessoas idosas da área de abrangência na UBS com primeira consulta odontológica programática.
- Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador do Objetivo 3

Objetivo 3: Melhorar a adesão dos pessoas idosas ao Programa de Saúde do Idoso

Meta 12: Buscar 100% dos pessoas idosas faltosas às consultas programadas.

Indicador 12: Proporção de pessoas idosas faltosas às consultas que receberam busca ativa.

- Numerador: Número de pessoas idosas faltosas às consultas programadas e buscados pela unidade de saúde.
- Denominador: Número de pessoas idosas faltosas às consultas programadas.

Indicadores do Objetivo 4

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Meta 13: Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Indicador 13: Proporção de pessoas idosas com registro na ficha espelho em dia.

- Numerador: Número de fichas espelho com registro atualizado.
- Denominador: Número de pessoas idosas cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 14: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

Indicador 14: Proporção de pessoas idosas com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

- Numerador: Número de pessoas idosas com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa
- Denominador: Número de pessoas idosas cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Indicadores do Objetivo 5

Objetivo 5: Mapear as pessoas idosas de risco da área de abrangência

Meta 15: Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Indicador 15: Proporção de pessoas idosas com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.

- Numerador: Número de pessoas idosas rastreadas quanto ao risco de morbimortalidade.
- Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 16: Investigar a presença de indicador de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Indicador 16: Proporção de pessoas idosas com avaliação para fragilização na velhice em dia

- Numerador: Número de pessoas idosas investigadas quanto à presença de indicador de fragilização na velhice.
- Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 17: Avaliar a rede social de 100% dos pessoas idosas.

Indicador 17: Proporção de pessoas idosas com avaliação de rede social em dia.

- Numerador: Número de pessoas idosas com avaliação de rede social.
- Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

2.3.3 Logística

A intervenção começou quando foi escolhido pessoas idosas na área de atuação, cadastrá-los para fazer parte do projeto. Para essa tarefa, foi avaliado a nutrição deste mediante o Índice de Massa Corporal - IMC e Hemograma (avaliar possível anemia), e desnutrição com ajuda da nutricionista do posto. Avaliou-se também a higiene bucal, orientando e verificando se necessitavam de algum procedimento. Para essa tarefa foi recebida ajuda da odontóloga existente na UBS.

Avaliou-se também a função cognitiva, através do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), para descobrir possível demência senil. Ao se achar verificou-se o grau e tentar auxiliá-los com orientações simples como escrever um diário ou a prática de jogos para a memória. Verificou-se a possibilidade e a viabilidade dos usuários realizarem prática física através do fisioterapeuta.

Por fim, tentou-se ao máximo a realização desse trabalho, pois o Estado não dispõe de muitos profissionais que atuam na saúde do idoso, mas, todo esforço vale para melhorar a qualidade de vidas dessas pessoas que dão muito e ajudaram a construir esse país.

2.3.4 Cronograma

3 Relatório da Intervenção

3.1 As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.

No projeto foram cadastrados pessoas idosas da área de atuação, cerca de 70 pessoas, que foram avaliadas através de exame físico e criteriosa anamnese, buscando-se a existência de possíveis distúrbios mentais ou patologia. Utilizou-se também exames complementares como exames laboratoriais, para avaliar principalmente o estado nutricional. Orientou-se aqueles que podem se movimentar a prática de exercício físico e orientação nutricional, sendo que em casos mais graves como de obesidade mórbida ou de baixo IMC, solicitou-se o acompanhamento da nutricionista e do educador físico.

No decorrer dessa caminhada nos depara-se com usuário sem assistência familiar ou com apresentando algum tipo de demência, sendo de imediato requerido à presença do NASF (Núcleos de Apoio à Saúde da Família), principalmente da assistência social e psicólogo, que na maioria dos casos ocorre à resolução do problema, pois verifica-se as situações, quando possível realizando visitas domiciliares para verificar se a família esta seguindo orientações correta da equipe.

3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.

A maior dificuldade que se encontra na realização desse trabalho foi à internet, onde dependendo do período, chuvas intensas não têm sinal de

acesso ou quando existente se apresentava muito lento, impossibilitando assim a entregas dos relatórios no dia solicitado. Além disso, teve um grande entree no que diz

respeito à dentista, onde avalia-se todos as pessoas idosas da área no que diz respeito à saúde dental, identificando cáries e algumas vezes a dentição apresentavam dentes decadentes e Anodontia, porém, como só existe uma dentista para atender as equipes da unidade, além disso, a mesma se encontrava de férias, se tornando impossível atender todos os usuários que foram verificados alguma patologia existente.

Além da dificuldade da ausência da dentista, também pode-se citar a falta de medicamento e a acessibilidade para pessoas idosas e deficientes físicos, porém, a direção sempre foi aberta a receber as sugestões e críticas. A Unidade está em fase de conclusão da reforma, que já dura alguns meses, para atender essa demanda. No que diz respeito à medicação, quando não se consegue a medicação desejada junto à Secretaria de Saúde, o médico adquiriu pessoalmente a medicação que foi prescrita aos doentes, e no que diz respeito à falta de profissional dentário no Posto, em conversa com a direção foi dito que já está sendo avaliado a contratação de mais dois dentistas para a para atender a demanda.

3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores.

Devido ao bom planejamento da equipe e participação de todos os membros, não houve dificuldades na realização desse trabalho, uma vez que teve-se várias reuniões para definir cronograma e assim não alterar a rotina de atendimento dos outros usuários.

3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra.

O segredo de se ter um bom projeto e de sempre melhorar o atendimento e demandas que existem, é sempre ouvir a equipe, principalmente os Agentes Comunitários de Saúde, pois eles vivem nessa região e conhecem todos os usuários, podendo dar a direção em que se pode tomar para se realizar uma melhor abordagem nos casos.

Por fim, o sucesso deste projeto é garantido, pois leva-se aos usuários em melhora na qualidade de vida, verifica-se isso no dia a dia, pois verificou-se que aspectos como a ficha espelho, busca ativa por faltosos, controle nutricional, psicológico e atividades físicas, por levarem uma melhor de qualidade de vida aos usuários, serão implantados na Unidade de forma gradual por outras equipes.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados da Intervenção

As ações previstas no projeto a serem desenvolvidas ao longo da intervenção foram parcialmente cumpridas, devido somente ao não cumprimento da meta estabelecida no projeto inicial para o cadastro de todos as pessoas idosas da área adstrita. As demais ações previstas foram cumpridas integralmente, como: a orientação dos profissionais de saúde da Equipe da UBS sobre protocolo sobre a saúde de idosos; o estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática; a distribuição, durante o atendimento clínico, de informativos sobre Hipertensão, Diabetes e Saúde Mental e Bucal, solicitando o apoio dos usuários quanto à estratégia a ser implementada; o atendimento clínico dos usuários da melhor idade no período da intervenção; a orientação dos ACS quanto à captação de usuários faltosos; a busca ativa das pessoas idosas faltosas às consultas, que faltam devido ao deslocamento de suas regiões de origem para participar do pleito eleitoral. Sendo devidamente seus dados e exames realizados após sua volta

Quanto ao objetivo - Ampliar a cobertura das pessoas idosas – a meta prevista inicialmente era: (Cadastrar 100% destas pessoas da área de abrangência no Programa de Saúde de Idosos da unidade de saúde), somente atingindo 30%.

Em relação à cobertura do programa de atenção a Saúde dos Idosos na unidade de saúde, esta não atingiu o percentual de 100% em virtude de a equipe ser pequena para a área demandada, o período chuvoso impossibilitou visitas domiciliares e período eleitoral, onde vários usuários da área viajaram para realizar o pleito eleitoral, pois possuem título de eleitor nos interiores ou em outros Estados.

Conforme observado na Figura um, no decorrer do projeto tivemos um acréscimo da cobertura das pessoas idosas em nossa área, de 40% no primeiro mês para 60% no último mês, um acréscimo de 20%.

A Figura dois diz respeito à Avaliação Multidimensional em dia, ao qual se manteve estável no decorrer do projeto, onde todos nossos usuários foram avaliados pela equipe.

A Figura 3 diz respeito aos exames clínicos apropriados em dia, com o aumento na cobertura, houve também um aumento significativo na solicitação de exames clínicos.

A Figura 4 estabelece que todos usuários portadores de doenças crônicas, Diabetes e Hipertensão, foram avaliados e estão com exames

complementares em dia, qual seja, Glicemia de Jejum e aferição de pressão arterial.

A Figura 5 nos mostra que todos os usuários que foram consultados, foram aconselhados que na falta de medicamento existe na farmácia da Unidade, procurassem Farmacia Populares, existentes na cidade.

No Figura 6 mostra a que se manteve a proporção de pessoas idosas que devido a problemas de deambulação não tinham como se dirigirem a Unidade para consulta, sendo assim foram cadastradas.

A Figura 7 mostra que no decorrer da intervenção, todos as pessoas idosas aos quais estavam cadastrados como acamados, foram visitadas regularmente.

A Figura 8 se refere à aferição de pressão arterial realizada nas consultas, um dos principais dados existente no prontuário vem a ser o valor aferido da Pressão Arterial e Peso de todos os usuários sejam consultados na Unidade, em escolas ou em domicílio.

A Figura 9 dispõe sobre o rastreio da Diabetes nos usuários acolhidos no projeto, verifica-se que são 100% dos usuários avaliados, pois além da verificação da Pressão e Peso, os usuários Hipertensos também eram avaliados através do teste de glicemia capilar *in loco* e exames laboratoriais (glicemia de jejum e glicada).

A Figura 10 diz respeito à avaliação odontológica, sendo realizada durante as consultas, avaliando a cavidade oral como um todo, dentição e língua. Verificou-se que muitos usuários usam próteses dentárias, possuem vários dentes cariados e outros com Anodontia. Foram encaminhados ao dentista.

Na Figura 11 que diz respeito à consulta odontológica, onde observamos uma queda na consulta programada, pois a profissional não deu conta de alta demanda de usuários existentes na área, pois estava acompanhando outras três equipes, com isso não sobrando nenhuma vaga. E para finalizar o fracasso na avaliação odontológica, a mesma entrou de férias, impossibilitando ainda mais a avaliação odontológica das pessoas idosas.

Na Figura 12, verifica-se que todos os usuários que não compareceram as consultas agendadas ou que não se encontravam em suas residências para a visita domiciliar, foram alvo de busca ativa para saber a razão de tal fato, sendo informado que os usuários se encontravam em visitas a familiares no interior ou em outros estados.

Na Figura 13 que diz respeito à ficha espelho, onde constata-se houve um aumento no decorrer dos meses que foram feitos o prejeito de intervenção, isso ocorreu, ao aumento da cobertura, com isso aumentando o registro.

Na Figura 14 verifica-se uma evolução no número de usuários com cadernetas de idoso, pois aqueles que não possuíam eram orientados a tirar a caderneta na Unidade, pois lhes era dita que com essa ferramenta, todos os aspectos de sua saúde estavam contidos ali, facilitando qualquer consulta e procedimento que viessem a ter.

A Figura 15 faz referência a avaliação da Morbimortalidade, onde houve um aumento significativo no decorrer da intervenção. Para a realização desta, se levou em conta idade, sexo, ocorrência de depressão, saúde mental (MEEM e Anamnese), doenças referidas, doenças crônicas, se faz atividade física, se trabalha, se possui cuidador, se possui dificuldade de locomoção, hábitos alimentares e se é etilista ou fumante crônico. Todos os usuários que realizam consultas tiveram verificados esses preceitos.

A Figura 16 se refere à avaliação da fragilização dos idosos, onde houve um aumento significativo no decorrer da intervenção, para realização dessa tarefa utiliza-se o Edmonton Frail Scale, onde avalia-se: cognição, estado geral de saúde, independência funcional, suporte social, uso de medicamentos, nutrição, humor, continência e desempenho funcional. Como todas as Figuras no trabalho o segundo mês tem uma queda na avaliação, devido como já falado anteriormente ao pleito eleitoral.

A Figura 17 se refere à avaliação da rede social em dia, onde houve um aumento significativo no decorrer da intervenção.

A Figura 18 se refere à orientação nutricional. Durante a consulta, todos os usuários avaliados têm verificados o peso e o IMC (índice de massa corporal), após essa avaliação, oferecemos orientação para, dependendo do caso, haver diminuição da quantidade de sal, gordura e açúcar. Além disso, são orientados a introduzir em sua dieta cálcio, frutas e verduras. Em alguns casos foram prescritos vitaminas e repositores de cálcio.

A Figura 19 diz respeito à prática de atividades físicas. Os usuários que podem são orientados à caminhada e hidroginástica. E em casos de acamados, foi solicitada avaliação do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), para que o educador físico possa avaliar a possibilidade do exercício.

A Figura 20 diz respeito à orientação individual relacionada à saúde bucal, sendo que todos os usuários, tiveram sua cavidade bucal avaliada e as que eram encontradas com patologias, eram encaminhados ao profissional dentista.

4.2 Discussão

A intervenção na Unidade Básica de Saúde Propiciou a ampliação na cobertura de atenção aos idosos residentes nesta área, além de introduzirmos exames de saúde mental, também realiza-se acompanhamento nutricional, de Saúde Bucal, prática de exercícios e rastreamento para Diabetes e Hipertensão.

Tal projeto exigiu que a equipe se capacitasse para seguir os protocolos e recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, monitoramento e tratamento dos idosos. Essa atividade promoveu o trabalho integrado do médico, enfermeira, auxiliares de enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde, dentista, psicóloga, nutricionista e Educadora Física.

Antes da intervenção as atividades aos idosos eram concentradas somente na figura do médico, hoje abrindo a possibilidade de todos da equipe participarem de forma mais ativa no tratamento dos usuários, pois foi delegada

uma tarefa específica para cada integrante, como por exemplo, a busca dos faltosos ou a verificação antes da consulta se o usuário realizou os exames solicitados. Com isso ampliou-se o atendimento a todos os postos, inclusive usuários de outras equipes que querem adentrar no programa. Outro ponto significativo, foi a reunião mensal que realiza-se com a equipe e o NASF, onde são colocados os problemas e reclamações efetuadas pelos usuários, fazendo com que a equipe se torne como somente uma na finalidade de atender com qualidade e abrangência todos os usuários. Todas essas modificações foram criadas a partir do projeto.

A comunidade demonstrou uma grande satisfação com a prioridade e qualidade do atendimento. Também houveram muitos elogios pelo interesse da equipe em estar cobrando e lembrando as famílias sobre a realização dos exames e do tratamento adequado. Apesar da implantação do projeto, nunca se deixou qualquer área descoberta. Isso se deu graças ao fruto de um cronograma mensal de atendimentos. Verificou-se com a população que houve êxito nessa empreitada, porém, existem áreas descobertas, com isso deficiência em atendimento principalmente em usuários que não podem se locomover. Em diversas reuniões na Secretaria Municipal de Saúde foi colocada a situação, sendo que é necessária a realização de concurso para Agentes Comunitário para compor novas equipes. Segundo informação tal concurso irá se realizar no primeiro trimestre desse ano.

Caso fosse ser realizada a intervenção nesse momento, não se faria nada diferente, pois se fez tudo ao alcance para melhorar a qualidade de vida dos idosos, e se viu que isso aconteceu. Como o fim do projeto, observou-se que tanto a equipe, como todos os usuários que participaram, estão mais integrados, vislumbrando que é possível um atendimento e uma rotina adequada com qualidade. Mas nesse atual momento, poderia haver celeridade nos exames que não estão sendo feitos em decorrência da reforma e ampliação da Unidade.

A intervenção será incorporada a rotina do serviço, através da ampliação da conscientização da família em ter cuidados com seus idosos e sempre procurarem os Agentes Comunitários em dúvidas para visitas a acamados, e também através do agendamento das consultas médicas que

estarão sempre disponíveis para atendimento de idosos e acamados em dias fixos.

4.3 Relatório da intervenção para gestores

Carta ao Gestor

Excelentíssimo senhor, vimos através dessa demonstrar o resultado da intervenção no período do mês de Novembro de 2014 ao mês de Dezembro 2014.

Nesse período, verificou-se um aumento na cobertura de 60% (sessenta por cento) das pessoas idosas, na nossa área de abrangência, vale ressaltar que todos os usuários atendidos pelo programa, foram avaliados em cada consulta por uma equipe disciplinar, sendo foram solicitados exames laboratoriais, mantendo assim em dia os registros desses pacientes no que diz respeito ao rastreio para Dislipidemia, Diabetes e Hipertensão.

Os Usuários foram sempre orientados a comprarem as medicações prescritas nas farmácias populares, sendo avaliada a fragilidade, morbimortalidade, bem como a nutrição e a recomendação da prática de exercício quando o paciente não era acamado.

Realizou-se busca ativa nos pacientes que não foram às consultas ou não estavam presentes nas visitas domiciliares, nesses casos todos os pacientes se encontravam viajando para suas cidades natais. Vale ressaltar que houve um grande crescimento na abertura da caderneta de idosos, fruto esse das orientações dadas ao pacientes e família.

Pode-se avaliar que houve uma grande melhora nas condições físicas através da orientação e medicações prescritas, conforme demonstrados nos gráficos acima, com isso solicita-se a vossa senhoria mais equipes de PSF, visto que nossa região possui áreas descobertas, bem como apoio para realizar novas ações de melhoria de atenção para a população.

4.4 Relatório da intervenção para a comunidade

Carta para a Comunidade

Caros amigos, nosso compromisso sempre foi cuidar de vocês, com isso nós fizemos um projeto, o qual foi voltado para pessoas idosas dessa área, onde tivemos a participação de outros profissionais, para dar uma maior cobertura para nossos velhinhos.

Sempre que houve a consulta das pessoas idosas, verificamos as taxas através de exames de sangue, onde dependendo do resultado foi orientado o acompanhamento nutricional. Também avaliamos os problemas dentários e aconselhamos a pratica de exercícios físicos com o profissional da equipe.

Ao longo deste trabalho podemos verificar melhorar em nossos usuários, visto por vocês ao longo desse caminho. Quero agradecer o apoio de vocês e pedir maior participação no cuidado dos velhinhos de nossa região.

5 Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem

Quando comecei esse projeto minhas expectativas iniciais eram de dar a máxima assistência aos idosos, e foi isso que fiz durante três meses de atuação, através desse curso pude aprimorar o atendimento aos idosos, identificando as falhas que existiam e corrigindo-as, como por exemplo, avaliar o grau de senilidade dos idosos ou convocar familiares para dar uma melhor assistência, quando verifica-se o abandono do mesmo. Podemos acompanhar uma grande melhora no que diz respeito à saúde mental, nutrição e controles metabólicos. Somente conseguimos alcançar esse patamar com constantes conversas com os usuários e familiares, ilustrando a importância de ser dar uma melhor assistência, refletindo diretamente na qualidade de vida de todos os envolvidos.

Aprendi a olhar essas pessoas como crianças, pois tem carência de carinho e compreensão, sendo primordial no tratamento de doenças como dislipidemia, diabetes e hipertensão, pois até então sabiam que tais patologias existiam, mas não sabiam as consequências da evolução destas. Vale ressaltar também utiliza-se a tabela de Framingham para estratificação de risco, para dar uma melhor compreensão do usuário.

A realizar intervenção e solicitar ajuda da equipe multidisciplinar nos casos em que a família mantém omissão, nesses casos solicita-se a intervenção do NASF, para ajudar a resolução dessas pendências, atendendo a expectativa.

Também a interagir junto com a equipe multidisciplinar no que diz respeito a prática de exercício, nutrição e saúde bucal, sendo que em conjunto traçamos metas para um melhor condicionamento do usuário.

Por fim, estou muito satisfeito e feliz, por ter participado de um projeto ao qual me fez interagir mais com meus usuários e intervir em todos os aspectos de sua vida, tal experiência vou levar para o resto de minha vida, e aplicarei todo conhecimento aqui conquistado em prol da população.

6 Bibliografia

ANGEL, Luis Alberto; FAJARDO, Luisa. Efecto protector del consumo del ají en la frecuencia de trastornos funcionales del tubo digestivo. **Rev Col Gastroenterol**, Bogotá , v. 20, n. 4, dez. 2005;

AQUINO, Antonio M. C. M. et al . Emissões otoacústicas no diagnóstico precoce de lesão coclear na doença de Ménière. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.**, São Paulo , v. 68, n. 5, Oct. 2002;

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – **IBGE. Censo 2010**. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?>

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**– Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (**Cadernos de Atenção Básica, n. 19**).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento** Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília, 2010. 44 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (**Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12**)

CARVALHO, Jandira. " **O tabagismo visto sob vários aspectos**". *Bol. Pneumol. Sanit.* [online]. June 2000, vol.8, no.1 [cited 17 August 2014], p.69-69;

FERREIRA, Cristina Targa; SILVEIRA, Themis Reverbel da. Hepatites virais: aspectos da epidemiologia e da prevenção. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 7, n. 4, dez. 2004 .

FRAZAO, Paulo; NAVEIRA, Miguel. Prevalência de osteoporose: uma revisão crítica.**Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 9, n. 2, June 2006;

GALI, Julio Cesar. Osteoporose. **Acta ortop. bras.**, São Paulo , v. 9, n. 2, June 2001;

GOULART, Denise et al. Tabagismo em idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** [online]. 2010, vol.13, n.2 [citado 2014-08-16], pp. 313-320.

IBGE, Diretoria de Pesquisas. **Coordenação de População e Indicadores Sociais**. Disponível em:
<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=160030>

JORGE, Maria Helena P. de Mello, LAURENTI, Ruy, LIMA-COSTA, Maria Fernanda *et al.* **Brazilian mortality of elderly persons: the question about ill-defined underlying causes of death.***Epidemiol. Serv. Saúde.* [online]. Dec. 2008, vol.17, no.4 [cited 20 June 2014], p.271-281

KANASHIRO, Aline Mizuta Kozoroski et al . Diagnóstico e tratamento das principais síndromes vestibulares. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo , v. 63, n. 1, Mar. 2005 ;

LIMA, Isabella; VELOSO, Heloísa Helena; SOUZA, Keny. Caracterização da saúde bucal de idosos em uma instituição beneficente de longa permanência de João Pessoa-PB, Brasil. **Rev Cubana Estomatol**, Ciudad de La Habana, v. 49, n. 3, sept. 2012 .

LONGO, Marco Aurelio Tosta; MARTELLI, Anderson; ZIMMERMANN, Anita. Hipertensão Arterial Sistêmica: aspectos clínicos e análise farmacológica no tratamento dos pacientes de um setor de Psicogeriatría do Instituto Bairral de Psiquiatria, no Município de Itapira, SP. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, 2011;

MAGRINI, D.; GUE MARTINI, J.. Hipertensão arterial: principais fatores de risco modificáveis na estratégia saúde da família. **Enferm. glob.**, Murcia, v. 11, n. 26, abr. 2012;

MARTINS, Josiane de Jesus et al . Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2007 .

NICOLAU, José Carlos et al . Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST: PARTE II Condutas nos Pacientes de Risco Intermediário e Alto. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 77, supl. 2, Oct. 2001;

SILVA, Anderson Soares da et al . Chronic liver disease prevention strategies and liver transplantation. **Acta Cir. Bras.**, São Paulo , v. 21, supl. 1, 2006.

SOUSA, José Marconi Almeida de et al . Avaliação das pressões sistólica, diastólica e pressão de pulso como fator de risco para doença aterosclerótica coronariana grave em mulheres com angina instável ou infarto agudo do miocárdio sem supradesnívelamento do segmento ST. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 82, n. 5, maio 2004;

TRONCON, Luiz Ernesto de Almeida. Novas drogas no tratamento da dispepsia funcional. **Arq. Gastroenterol.**, São Paulo , v. 38, n. 3, Sept. 2001;

Esta é a **PLANILHA DE OBJETIVOS, METAS, INDICADORES E AÇÕES para a SAÚDE DO IDOSO** da Especialização em Saúde da Família da UFPEL - modalidade a distância.

Preparamos esta ferramenta para ajudar você a estruturar SEU PROJETO DE INTERVENÇÃO, **INDICADORES**.

Veja inicialmente a aba **SÍNTESE**. Ela resume os objetivos específicos, as metas e os indicadores. Eles se referem à cobertura, qualidade, adesão, registro, avaliação de risco e promoção de saúde, identificados na primeira linha de cada aba.

Em seguida, observe as abas relativas a cada um dos objetivos específicos. Para cada uma das **METAS** (Coluna A).

Para cada Meta, é necessário ter um ou mais **INDICADORES**, (Colunas B e C). As metas e indicadores são relacionadas a cada objetivo.

Oportunamente, será disponibilizada a versão completa desta planilha, contendo as AÇÕES e METAS das metas, em cada um dos Eixos do Curso: **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO** (Coluna D) e **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA** (Coluna E), **ENGAJAMENTO PÚBLICO** (Coluna F) e **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA** (Coluna G).

Autores: Anaclaudia Gastal Fassa | Luiz Augusto Facchini | Maria Elizabeth Gastal Fassa | Manjourany Silva Duro | Elaine Tomasi | Eduardo Dickie | Maria Beatriz Junqueira de C.



UFPEL



DSO, desenvolvida no âmbito do curso de

ÃO. Esta versão contém os OBJETIVOS, METAS e

adores. O ponto de partida são os Objetivos.
da saúde. Eles estão separados em abas e

deles é necessário que você tenha uma ou mais

os indicadores apresentam numeração

ões sugeridas / recomendadas para o alcance
, ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO
Coluna G).

sa | Maria Aurora Chrestani Cesar | Suele
amargo

Objetivos

1. Cobertura

2. Qualidade

3. Adesão

4. Registro



5. Avaliação de risco

6. Promoção da saúde

Metas

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

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.

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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.3. Avaliar a rede social de 100% dos idosos

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

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

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

Indicadores
1.1 Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde
2.1. Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia
2.2. Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia
2.3. Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia
2.4. Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada
2.5. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados
2.6. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar
2.7. Proporção de idosos rastreados para hipoertensão na última consulta
2.8. Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes
2.9. Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.
2.10. Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática
3.1. Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa
4.1. Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia
4.2. Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa
5.1. Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia

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

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

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

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

6.3. Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal

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

METAS	
1.1. Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para X%.	1.1 Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde

INDICADORES

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO
<p>Monitorar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde periodicamente (pelo menos mensalmente).</p>	<ol style="list-style-type: none">1. 1. Acolher os idosos.1. 2. Cadastrar todos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde.1.3. Atualizar as informações do SIAB.

ENGAJAMENTO PÚBLICO	QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA
<p>1.1. Esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde.</p> <p>1.2. Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde.</p>	<p>1.1. Capacitar a equipe no acolhimento aos idosos.</p> <p>1.2. Capacitar os ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço .</p> <p>1.3. Capacitação da equipe da unidade de saúde para a Política Nacional de Humanização.</p>

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

METAS	
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.	2.1. Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia
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.	2.2. Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia
2.3. Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.	2.3. Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia
2.4. Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos	2.4. Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada
2.5. Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).	2.5. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados
2.6. Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.	2.6. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar
2.7. Rastrear 100% dos idosos para	2.7. Proporção de idosos rastreados para

Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).	hipoertensão na última consulta
2.8. Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM).	2.8. Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes
2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.	2.9. Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.
2.10. Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.	2.10. Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática

INDICADORES
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.
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.
Numerador: Número de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.
Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.
Numerador: Número de idosos com acesso cuja prescrição é priorizada para Farmácia Popular
Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.
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
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.
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.

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus

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

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.

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.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO
<p>1.1. Monitorar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anual em todos idosos acompanhados pela unidade de saúde.</p>	<p>1.1. Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropômetro, Tabela de Snellen...).</p> <p>1.2. Definir as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos.</p>
<p>2.1. Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade de saúde.</p>	<p>2.1. Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos. 2.2. Garantir busca a idosos que não realizaram exame clínico apropriado. 2.3. Organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares. 2.4. Garantir a referência e contra-referência de pacientes com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades.</p>
<p>Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.</p> <p>Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada.</p>	<p>3.1. Garantir a solicitação dos exames complementares. 3.2. Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo. 3.3. Estabelecer sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados.</p>
<p>Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Poular / Hiperdia.</p>	<p>4.1. Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.</p> <p>4.2. Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.</p>
<p>Monitorar o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.</p>	<p>3.1. Garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa.</p>

<p>Monitorar realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção.</p>	<p>4.1. Organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção.</p>
<p>Monitorar o número idosos submetidos a rastreamento para HAS, periodicamente (pelo menos anualmente).</p>	<p>5.1. Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS. 5.2. Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.</p>
<p>Monitorar número idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM, periodicamente (pelo menos anualmente).</p>	<p>6.1. Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM. 6.2. Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.</p>
<p>• Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de idosos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde. • Cadastrar os idosos na unidade de saúde. • Oferecer atendimento prioritário aos idosos na unidade de saúde. • Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.
<p>Monitorar número de idosos cadastrados na Unidade em acompanhamento odontológico no período.</p>	<p>7.7. Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde. 7.2. Monitorar a utilização de serviço odontológico por idosos da área de abrangência. 7.3. Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos. 7.4. Oferecer atendimento prioritário aos idosos.</p>

ENGAJAMENTO PÚBLICO	QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA
<p>1.1. Orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável.</p> <p>1.2. Compartilhar com os pacientes as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social.</p>	<p>1.1. Capacitar os profissionais para o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pela UBS.</p> <p>1.2. Treinar a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida.</p> <p>1.3. Treinar a equipe para o encaminhamento adequado dos casos que necessitarem de avaliações mais complexas.</p>
<p>2.1. Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.</p>	<p>2.1. Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.</p> <p>2.2. Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.</p>
<p>3.1. Orientar os pacientes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.</p> <p>3.2. Orientar os pacientes e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.</p>	<p>3.1. Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares.</p>
<p>4.1. Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.</p>	<p>4.1. Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes. 4.2. Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.</p>
<p>3.1. Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da Unidade de Saúde.</p>	<p>3.1. Capacitar os ACS para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência.</p>

<p>4.1. Orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar. 4.2. Orientar a comunidade sobre a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados ou com problemas de locomoção.</p>	<p>4.1. Orientar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. 4.2. Orientar os ACS para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar.</p>
<p>5.1. Orientar a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade. 5.2. Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS.</p>	<p>5.1. Capacitar a equipe da Unidade de Saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.</p>
<p>6.1. Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica. 6.2. Orientar à comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM.</p>	<p>6.1. Capacitar a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de idosos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em idosos.
<p>7.7. Informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de idosos e de sua importância para saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na Unidade de Saúde. 7.2. Esclarecer a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais. 7.3. Ouvir a comunidade sobre estratégias para captação de idosos para acompanhamento odontológico.</p>	<p>7.7. Capacitar a equipe para realizar acolhimento do idoso de acordo com protocolo. 7.2. Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico. 7.3. Capacitar os ACS para captação de idosos. 7.4. Capacitar os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para idosos.</p>

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

METAS	INDICADORES
3.1. Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.	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.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO
<p>Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela unidade de saúde.</p>	<p>1.1. Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos 1.2. Organizar a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares.</p>

ENGAJAMENTO PÚBLICO	QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA
<p>1.1. Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.</p> <p>1.2. Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos idosos (se houver número excessivo de faltosos).</p> <p>1.3. Esclarecer os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.</p>	<p>1.1. Treinar os ACS para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.</p> <p>1.2. Definir com a equipe a periodicidade das consultas.</p>

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

METAS	
4.1. Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.	4.1. Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia
4.2. Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados	4.2. Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

INDICADORES

Numerador: Número de fichas espelho com registro atualizado

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

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.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO
<p>Monitorar a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde.</p>	<p>1.1. Manter as informações do SIAB atualizadas. 1.2. Implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos. 1.3. Pactuar com a equipe o registro das informações. 1.4. Definir responsável pelo monitoramento dos registros. 1.5. Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização da Avaliação Multidimensional Rápida e dos demais procedimentos preconizados.</p>
<p>2,1. Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa</p>	<p>2.1. Solicitar ao gestor municipal a disponibilização da Cardeneta de Saúde da Pessoa Idosa</p>

ENGAJAMENTO PÚBLICO	QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA
1.1. Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.	1.1. Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos.
2.1. Orientar os idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção	2.1. Capacitar a equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa.

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

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

INDICADORES
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.
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.
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.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO
1.1. Monitorar o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência.	1.1 Priorizar o atendimento idosos de maior risco de morbimortalidade.
2.1. Monitorar o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice.	2.1 Priorizar o atendimento idosos fragilizados na velhice.
3.1. Monitorar a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS. 3.2. Monitorar todos os idosos com rede social deficiente.	3.1. Facilitar o agendamento e a visita domiciliar a idosos com rede social deficiente

ENGAJAMENTO PÚBLICO	QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA
<p>1.1. Orientar os idosos sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco.</p>	<p>1.1. Capacitar os profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa.</p>
<p>2.1. Orientar os idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente.</p>	<p>2.1. Capacitar os profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice.</p>
<p>3.1. Orientar os idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde. 3.2 Estimular na comunidade a promoção da socialização da pessoa idosa (trabalhos em igrejas, escolas, grupos de apoio...) e do estabelecimento de redes sociais de apoio.</p>	<p>3.1. Capacitar a equipe para avaliar a rede social dos idosos.</p>

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos

METAS	
6.1. Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.	6.1. Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis
6.2. Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.	6.2. Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física
6.3. Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.	6.3. Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal

INDICADORES
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.
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.
Numerador: Número de idosos com orientação sobre higiene bucal.
Denominador: Número total de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO
<p>1.1. Monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos.</p> <p>1.2. Monitorar o número de idosos com obesidade / desnutrição.</p>	<p>1.1. Definir o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.</p>
<p>2.1. Monitorar a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos. 2.2. Monitorar o número de idosos que realizam atividade física regular.</p>	<p>2.1. Definir o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular.</p> <p>2.2. Demandar do gestor municipal parcerias institucionais para a identificação de para realização de atividade física.</p>
<p>4.1. Monitorar as atividades educativas individuais.</p>	<p>4.1. Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.</p>

ENGAJAMENTO PÚBLICO	QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA
<p>1.1. Orientar os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis.</p>	<p>1.1. Capacitar a equipe para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável" ou o "Guia alimentar para a população brasileira". 1.2. Capacitar a equipe para a orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos.</p>
<p>2.1. Orientar os idosos e a comunidade para a realização de atividade física regular.</p>	<p>2.1. Capacitar a equipe para orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular.</p>
<p>4.1. Orientar os idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias.</p>	<p>4.1. Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias.</p>

Anexo 4 – Parecer da Comissão de



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Srª

Profª Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: *Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde*

Prezada Pesquisadora;

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

Patrícia Abranches Duval
Patrícia Abranches Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Ética