

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa na equipe 2 da UBS Ernesto Che
Guevara, Umbaúba- SE**

Joelma da Silva Santos Nascimento

Pelotas, 2014

JOELMA DA SILVA SANTOS NASCIMENTO

**Melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa na equipe 2 da UBS Ernesto Che
Guevara, Umbaúba- SE**

Projeto de Pesquisa apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade a Distância – UFPEL/UNASUS, Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Mabel Miluska Suca Salas

Pelotas, 2014

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

N244m Nascimento, Joelma da Silva Santos

Melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa na equipe 2 da UBS Ernesto Che Guevara, Umbaúba- SE / Joelma da Silva Santos Nascimento; Mabel Miluska Suca Salas, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2014.

106 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2014.

1.Saúde da família 2.Atenção primária à saúde 3.Saúde do idoso 4.Assistência domiciliar 5.Saúde bucal I. Salas, Mabel Miluska Suca, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Esse trabalho é dedicado à minha mãe
Bernadete pelo apoio em todos os momentos
da minha vida.

Agradecimentos

Ao meu Deus pelo dom dos sentidos, inteligência, paciência e persistência.

Ao meu esposo pela parceria

À minha família pelo apoio

“A maior loucura é viver sem um sentido existencial. Sem sentido vivemos por viver, a vida não tem brilho, o caos não nos amadurece, a cultura não nos remete à sabedoria. Sem propósito, a mesa, por mais farta que seja, nutre o corpo, mas deixa faminta a alma. Sem propósito, vivemos num campo de concentração mental, ainda que rodeado de jardins. Não tenha medo de morrer, tenha medo de viver uma existência sem sentido”.

Augusto Cury

RESUMO

NASCIMENTO, Joelma. **Melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa na equipe 2 da UBS Ernesto Che Guevara, Umbaúba- SE.** Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2014.

A importância do acompanhamento do processo do envelhecimento se dá pela transição demográfica que está acontecendo, a expectativa de vida aumentou e a promoção da saúde e prevenção de doenças pode propiciar uma melhor qualidade de vida. O objetivo da intervenção é melhorar a assistência à pessoa idosa da equipe 2 na UBS Ernesto Che Guevara no município de Umbaúba. A metodologia utilizada foi o estabelecimento de metas relacionadas aos objetivos específicos para serem alcançadas no período de dezesseis semanas, período em que se desenvolveu a intervenção. Foram desenvolvidas ações coletivas, onde orientações sobre a prevenção de doenças e promoção à saúde foram o foco. Atendimento ambulatorial para os idosos cadastrados, matriciamento com rede municipal de saúde e assistência social. O resultado alcançado foi uma melhoria da assistência, uma vez que, no município não havia uma assistência adequada ao idoso saudável, como também foi possível sugerir melhorias nos registros e promover um atendimento integral ao idoso. O número de idosos na área de abrangência é de 1600 idosos, sendo que estes só eram assistidos, antes da intervenção, caso apresentasse doença clínica. A intervenção cadastrou no primeiro mês de atuação 15,3% (n=245), no segundo mês 18,4% (n=295), no terceiro mês 21,6% (n=346) e no quarto mês 27,1% (n=434) idosos. Destes 50 são acamados ou possuem algum problema de locomoção e receberam visita domiciliar. Assim como, 420 idosos tiveram sua avaliação multidimensional rápida realizada e a solicitação de exames complementares promovendo uma atenção ampla à pessoa idosa. Os indicadores que não alcançaram o resultado pretendido foi assistência odontológica com 17% (n=23), pois não havia assistência odontológica no início da intervenção e a distribuição de caderneta da pessoa idosa que não foi contemplada na intervenção porque o município dispõe de outro instrumento de registros, os demais indicadores avaliados possibilitaram avaliar a pessoa idosa em sua integralidade. Conclui-se que intervenções como esta promovem o despertar da gestão, bem como das equipes de saúde da família quanto à importância de propiciar um melhor conhecimento da área de abrangência, bem como promover um envelhecimento saudável.

Palavras chave: Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Saúde do Idoso; assistência domiciliar; Saúde Bucal.

Lista de Gráficos

- Figura 1 - Gráfico da cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde, UBS Ernesto Che Guevara do município de Umbaúba, 2013. **56**
- Figura 2 - Gráfico da proporção de idosos acamados ou com problemas locomoção cadastrados, UBS Ernesto Che Guevara do município de Umbaúba, 2013. **57**
- Figura 3 - Gráfico da proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados com visita domiciliar, UBS Ernesto Che Guevara do município de Umbaúba, 2013. **58**
- Figura 4 - Gráfico da proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta, UBS Ernesto Che Guevara do município de Umbaúba, 2013. **59**
- Figura 5 - Gráfico da proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes, UBS Ernesto Che Guevara do município de Umbaúba, 2013. **60**
- Figura 6 - Gráfico da proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa, UBS Ernesto Che Guevara do município de Umbaúba, 2013. **61**
- Figura 7 - Gráfico da proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia, UBS Ernesto Che Guevara do município de Umbaúba, 2013. **62**
- Figura 8 - Gráfico da proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia, UBS Ernesto Che Guevara do município de Umbaúba, 2013. **63**
- Figura 9 - Gráfico da proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia, UBS Ernesto Che Guevara do município de Umbaúba, 2013. **64**
- Figura 10 - Gráfico da proporção de idosos com acesso aos medicamentos prescritos, UBS Ernesto Che Guevara **65**

do município de Umbaúba, 2013.

- Figura 11 - Gráfico da proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática, UBS Ernesto Che Guevara do município de Umbaúba, 2013. **66**
- Figura 12 - Gráfico da proporção de idosos com tratamento odontológico concluído, UBS Ernesto Che Guevara do município de Umbaúba, 2013. **67**
- Figura 13 - Gráfico da proporção de idosos com avaliação de alterações de mucosa bucal em dia, UBS Ernesto Che Guevara do município de Umbaúba, 2013. **68**
- Figura 14 - Gráfico da proporção de idosos com avaliação de necessidade de prótese em dia, UBS Ernesto Che Guevara do município de Umbaúba, 2013 **69**
- Figura 15 - Gráfico da proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia, UBS Ernesto Che Guevara do município de Umbaúba, 2013 **70**
- Figura 16 - Gráfico da proporção de idosos com avaliação de risco em saúde bucal em dia, UBS Ernesto Che Guevara do município de Umbaúba, 2013 **70**
- Figura 17 - Gráfico da proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia, UBS Ernesto Che Guevara do município de Umbaúba, 2013 **71**
- Figura 18 - Gráfico da proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa UBS Ernesto Che Guevara do município de Umbaúba, 2013 **72**
- Figura 19 - Gráfico da proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia, UBS Ernesto Che Guevara do município de Umbaúba, 2013. **73**
- Figura 20 - Gráfico da proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia, UBS Ernesto Che Guevara do município de Umbaúba, 2013 **74**

- Figura 21 Gráfico da proporção de idosos com avaliação de rede social em dia, UBS Ernesto Che Guevara do município de Umbaúba, 2013 **75**
- Figura 22 Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis, UBS Ernesto Che Guevara do município de Umbaúba, 2013 **76**
- Figura 23 Gráfico da proporção de idosos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular, UBS Ernesto Che Guevara do município de Umbaúba, 2013 **77**
- Figura 24 - Gráfico da proporção de idosos com participação em ações coletivas de educação em saúde bucal, na UBS Ernesto Che Guevara no município de Umbaúba. **78**

Lista de Abreviaturas e Siglas

IDH- Índice de desenvolvimento humano

HPP- Hospital de pequeno porte

ESF- Estratégia de Saúde da Família

NASF - Núcleo de Apoio da Saúde da Família

SF - Saúde da Família

ACS- agente comunitário de saúde

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial

DM- Diabetes Melitus

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica

HPP- Hospital de Pequeno Porte NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PNH- Programa Nacional de Humanização SF- saúde da família

SIAB – Sistema Informação da Atenção Básica

UBS – Unidade Básica de Saúde

APRESENTAÇÃO

O presente volume trata-se de uma intervenção realizada na UBS da zona urbana do município de Umbaúba no estado de Sergipe.

Está dividido em 04 (quatro) partes.

A primeira parte descreve a análise situacional da UBS no município.

A segunda parte está formada pela análise estratégica com a elaboração de um projeto, cujo objetivo geral é promover a melhoria da assistência à pessoa idosa.

Na terceira parte está formada pelo relatório da intervenção constando as ações previstas no projeto que foram, que foram desenvolvidas, que não puderam ser desenvolvidas, dificuldades encontradas e análise de viabilidade da incorporação das ações à rotina da UBS.

A quarta parte descreve a avaliação da intervenção, os resultados alcançados, os relatórios para a gestão e para a comunidade e uma reflexão da autora sobre a intervenção.

Sumário

1. Análise Situacional	14
1.1. Situação da Estratégia de Saúde da Família	14
1.2 . Relatório da Análise Situacional.....	15
1.3. Comparação da Situação da Estratégia da Família e Relatório Situacional.....	20
2. Análise Estratégia. Projeto de Intervenção	21
2.1. Justificativa	21
2.2 .Objetivos e Metas	23
2.2.1. Objetivos	23
2.2.2. Metas.....	23
2.3.Metodologia	25
2.3.1.Detalhamento das ações.....	25
Ação: Qualificação da equipe	25
2.3.2.Indicadores	32
2.3.3.Logística.....	36
2.3.4.Cronograma.....	40
3. Relatório da Intervenção.....	50
3.1. As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.....	50
3.2. As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, examinando as facilidade e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente	51
3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos á intervenção, fechamento de planilhas de coleta de dados, cálculos dos indicadores.....	53
4 . Avaliação da Intervenção	55
4.1. Resultado	55
4.2- Discussão	78
4.3. Relatório para a Gestão.....	81
4.4. Relatório para a Comunidade.....	83
5- Reflexão Crítica do Processo de Aprendizagem	85
Referências	87
ANEXOS	88

1. Análise Situacional

1.1. Situação da Estratégia de Saúde da Família

O município de Umbaúba está localizado ao sul do estado de Sergipe, tem uma população de 24.950 habitantes, destes 80% residem na zona urbana e 20% na zona rural. Dispõe de uma secretaria de saúde, 01 UBS na zona rural que acomoda uma equipe de SF e uma UBS mista no centro da cidade que acomoda 04 equipes de SF, sendo que 03 equipes de SF assistem à zona urbana e 01 assiste à zona rural. Juntamente com a clínica de saúde da família da zona urbana funciona um HPP composto por 11 leitos de observação, sala de curativos, sala de procedimentos, sala de nebulização, almoxarifado, banheiros para os funcionários e farmácia básica que serve ao ESF e ao HPP.

A UBS foi adaptada de um antigo posto de saúde, a adaptação não cumpriu com todas as exigências solicitadas pelo MS para um atendimento adequado. A ventilação é deficiente devido a grande demanda que é assistida na UBS sempre há acúmulo de pessoas aguardando atendimento, sendo que as condições climáticas do local causa desconforto nos usuários na sala de espera. Há 08 consultórios sendo que, 06 não possuem banheiro e 05 não possuem espaço suficiente para atendimento ginecológico. Além de acomodar as 04 equipes de SF, a UBS também dispõe de atendimento pediátrico, ginecológico e vascular. O fato de estar no centro da cidade facilita a acessibilidade, pois todos os habitantes conhecem a UBS. Porém a quantidade de atendimento para os consultórios são desproporcionais.

Para diminuir os transtornos aos usuários e às equipes, os agendamentos precisam ser criteriosamente programados. Ter rotinas e obedecê-las para a utilização dos espaços comuns ao HPP e UBS. A secretaria dispõe de 05 automóveis para uso da secretaria de saúde que inclui vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, CAPS, equipes de SF e transporte de passageiros para a realização de exames.

As equipes de SF atuam conforme os manuais de atenção para pré-natal, puericultura, diabetes e hipertensão. A demanda espontânea é transferida em

alguns casos para a urgência do HPP e não há atenção específica à pessoa idosa, exceto se esses apresentarem alguma patologia.

1.2 . Relatório da Análise Situacional

O município de Umbaúba está localizado no sul do estado de Sergipe, a 96 km da capital Aracaju. São 24950 habitantes, destes 2600 são idosos assistidos pela UBS Ernesto Che Guevara, e 1600 são assistidos pela equipe de ESF 2. A principal fonte de renda é citricultura e agricultura de mandioca. O índice de desenvolvimento humano é de 0,601 estando na média nacional.

No âmbito saúde dispomos de uma secretaria de saúde e conselho municipal de saúde. Temos disponível à população uma clínica de saúde da família mista onde atuam 04 equipes de saúde da família e um HPP (hospital de pequeno porte) na região central da cidade e uma UBS, inaugurada no ano de 2013, onde atua 01 equipe de SF na zona rural.

As duas unidades possuem consultórios odontológicos, porém ainda não estão funcionando. No mês de junho desse ano foi implantado o NASF II, dispomos também de um Centro de Assistência Psicossocial- CAPS I. Não dispomos de serviços de auxílio ao diagnóstico como exames laboratoriais, exames radiológicos e ultrassônicos, quando há necessidade desses serviços é feito um agendamento, via secretaria de saúde, para laboratórios em outros municípios.

Temos, atualmente, um posto de coleta de um único laboratório conveniado à secretaria de saúde. Quando há uma urgência em saúde bucal, o usuário é encaminhado a um Centro de Especializado de Odontológica localizado numa cidade vizinha. No HPP são realizados os primeiros cuidados em caso de urgência e emergência e transferidos ao Hospital regional de referência, pois não dispomos de quarto para internação, somente para observação.

A UBS mista da zona urbana está dividida sendo uma parte direcionada a atenção básica e outra ao HPP. A área da atenção básica está estruturada para locar 04 equipes de SF, temos 08 consultórios, sala de vacina, sala de acolhimento, farmácia básica, arquivo, dois banheiros e 03 consultórios odontológicos. Desses consultórios, 02 possuem banheiros e espaço suficiente para acomodar uma maca

ginecológica e os demais consultórios possuem 01 maca fixa, 01 mesa, 01 cadeira e 01 armário.

As equipes são compostas por um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, um médico e agentes comunitários de saúde. É fixado um único profissional para o acolhimento de todos os usuários, 02 para a vacina e 01 para a farmácia. Na recepção são 06 profissionais que se alternam nos turnos. A clínica funciona das 08:00 hs às 17:00 hs de segunda à sexta, porém todos os profissionais são favorecidos com uma folga adicional atuando somente quatro dias na semana. Vinte por cento dos profissionais são efetivos e oitenta são em regime de contratação temporária.

Temos ainda uma enfermeira pelo PROVAB concluindo no mês de julho do ano de 2013 a especialização. Apesar de estar localizada na zona urbana, os usuários de 17 povoados (zona rural) são assistidos no centro da cidade, porque não dispomos de UBS nesses locais. Dificultando a acessibilidade do usuário ao serviço de saúde. Para solucionar esse problema foi desenvolvido o projeto de ampliação das equipes e UBS que está em fase de aprovação. Segundo recomenda o ministério da saúde, para assistir ao número da população, seriam necessárias 09 equipes de SF. A UBS também oferece atendimento pediátrico duas vezes por semana, psiquiátrico e angiologia uma vez por semana. O NASF, implantado recentemente, tem como especialidades um assistente social, um profissional de educação física e dois fisioterapeutas.

Ao analisarmos a situação física da UBS urbana podemos destacar a grande demanda encaminhada à UBS causando um desconforto durante a espera pelo atendimento, filas constantes e por vezes tumultos. Dispomos de duas recepções, mas que não são suficientes para acomodar todos os usuários deixando-os cansados, ansiosos e insatisfeitos. Toda essa problemática leva a um estresse mútuo de usuários e profissionais acarretando deficiência na assistência. Para maior enfrentamento desse problema já foram testadas inúmeras soluções: mudança na rotina de agendamentos, conciliação de horários dos atendimentos das equipes de SF e assistência especializada na UBS, estendendo o horário de atendimento, porém nenhuma dessas estratégias foram efetivas devido a grande demanda. Os profissionais não cumprem a jornada determinada para atuação em ESF e não são

acompanhados com relação a essa prática. Outra questão é a falta de responsabilização dos profissionais para com os usuários, e a descaracterização dos agentes comunitários de saúde e ainda trabalhamos com sistema de “leilões de médicos”, ou seja, o profissional de medicina atua onde sua remuneração for mais satisfatória. Buscamos constantemente abordar a PNH com os profissionais enfatizando o acolhimento e a responsabilização pelos usuários. A educação permanente e o incentivo financeiro são estratégias utilizadas na tentativa de manter a motivação profissional.

Os recursos dos quais dispomos não nos permite grandes lances no dito “leilões de médicos” desta forma permanecemos vulneráveis na locação desses profissionais. Assim como todos os centros urbanos, Umbaúba também apresenta áreas de maiores vulnerabilidades como favelas e conjuntos habitacionais mal planejados. A maioria da população reside na zona urbana, conseqüentemente as mazelas urbanas são inúmeros expressivos: desemprego, acesso ao álcool e drogas, moradias inadequadas, dentre outros.

O município é cortado pela BR 101 favorecendo a prostituição e conseqüentemente a transmissão de doenças sexualmente transmissíveis. Há falta de saneamento básico e temos a proliferação de doenças diarréicas e verminoses. Para uma melhor assistência aos grupos vulneráveis buscamos incentivar boas práticas de higiene, bom aproveitamento dos alimentos e busca aos serviços de saúde de forma preventiva.

Todas as equipes de SF atuando na área urbana dispõe de um profissional semanalmente para que juntamente com os agentes comunitários de saúde realizem distribuição em massa de preservativos no âmbito da BR desta forma incentivando a prevenção de DST's. A maior parte da população é do sexo feminino e não temos protocolos específicos para uma assistência para esse grupo específico. Atuamos com o que é disponibilizado pelo Ministério da Saúde.

Como, estatisticamente, as mulheres são as que mais buscam o cuidado à saúde em comparação aos homens, sempre que possível elaboramos ações que destaquem a importância da atenção à saúde da mulher. A demanda espontânea, muitas vezes, é transferida para o HPP (hospital de pequeno porte). Há um espaço e duas pessoas responsáveis pelo acolhimento, ou melhor, para o primeiro contato

com o usuário. Este profissional de nível médio em enfermagem encaminha o usuário à sua área de abrangência para ser atendido pela enfermeira e/ou médico da área. É ofertado um número restrito de atendimento para demanda espontânea geralmente 05 (cinco) usuários diários podem ser atendidos sem agendamento prévio. Estratégias para haver uma mudança nesse modelo de acolhimento já foram implantadas, porém sem sucesso, segundo as equipes até haver a ampliação das áreas e a melhor distribuição das atribuições ficará mais efetivas as mudanças até então ficam distribuídos os atendimentos entre o HPP e as equipes de ESF para a demanda espontânea.

A assistência prestada às crianças de 0 a 72 meses são realizadas na tentativa de alcançar os indicadores de qualidade. Buscamos uma relação de contra referência com a maternidade de referência e quando há ACS realizamos busca ativa dessas puérperas. As ações coletivas são realizadas quando há alguma campanha do ministério da saúde. A falta de um protocolo mais específico para puericultura atrapalhar as ações que muitas vezes ficam soltas, sem uma continuidade.

A demanda da população nessa faixa etária é superior à estimada esse fato acontece porque não há ACS em todas as micro áreas e a população acaba migrando em para outras áreas. O pré-natal é um dos serviços que apresenta melhor desempenho em suas ações. A gestante precisa apresentar o cartão da gestante no momento do parto e também para ser favorecida com os benefícios financeiros oferecidos à puérpera. Um dos desafios que enfrentamos é a migração das gestantes de um lugar para outro sem um comunicado prévio e sobrecarregando as áreas. Realizamos grupos de gestantes, quando possível ao menos um grupo por mês.

A busca ativa por mulheres de idade adulta se dá pelas ações que promovemos em datas comemorativas direcionadas às mulheres, são nestes momentos que realizamos a educação em saúde e incentivamos às mulheres a busca o serviço de saúde no intuito de detecção precocemente qualquer alteração na sua saúde. A incidência de câncer de colo de útero e de mama ainda precisa ser mais amplamente abordado, uma vez que, a maioria da população é do sexo feminino.

O diabetes é percebido de forma mais rápida do que a hipertensão devido aos seus sintomas. Os usuários chegam ao serviço apresentando sintomas ou são atendidos no serviço de urgência e encaminhados para as equipes de SF. Os hipertensos são mais faltosos e displicentes, porém buscamos com os ACS estabelecer uma busca constante a esses usuários. Realizamos, quando possível, grupos de hipertensos e diabéticos na UBS onde são abordados o autocuidado, alimentação, atividade física e farmacoterapia.

A população de idosos assistidos pela equipe 2 é de 1600 idosos sendo que a saúde do idoso acaba sendo negligenciada devido a grande demanda da população adstrita, não dispomos de um protocolo específico para todas as equipes o que dificulta o reconhecimento da população idosa. Foi criado um chek-list onde podemos caracterizar esse grupo, suas dependências, patologias, co-morbidades e estabelecemos prioridades na assistência. A caderneta do idoso que é muito eficaz no acompanhamento e nas orientações direcionada a esse público ainda não é uma realidade em nossa atuação. Não há cadastro de idosos das micros áreas, apenas os idosos hipertensos e diabéticos são acompanhados periodicamente e o atendimento se restringe à sua patologia, não uma assistência integral à pessoa idosa.

O município não dispunha de equipes de saúde bucal devido a mudança de gestão e a falta de manutenção dos consultórios odontológicos não sendo possível implantar as equipes. A UBS possui 03 consultórios odontológicos sem equipes. Só foi permitido a locação da equipe após reestruturação dos consultórios e remapeamento do município.

O novo modelo de assistência ainda precisa ser conhecido e implantado em meu município estamos a passos lentos com relação a atenção básica e sua importância. Esse conhecimento precisa partir dos gestores e profissionais e depois para a população. Ainda nos deparamos com profissionais que atuam, mas não acreditam na ESF. Apesar de estarmos longe de alcançarmos a excelência na prevenção de doenças e promoção de saúde o município dispõe de muitos espaços que podem ser explorados, temos muitas associações de moradores, ONGs, escolas, sindicatos e igrejas que podem ser utilizados como multiplicadores desse novo modelo de gestão. Estamos em processo de ampliação das equipes SF e

estaremos em breve com uma melhor cobertura e melhores serviços para a população.

1.3. Comparação da Situação da Estratégia da Família e Relatório Situacional

Tendo em vista a situação da ESF, existe um esforço de assistir à população, apesar de não atingir o que é proposto pelo Ministério da Saúde. Quando analisamos as acomodações destinadas ao atendimento da maioria da população é visto que existe uma desproporção e isso leva a um desgaste dos profissionais que podem apresentar diminuição do seu rendimento gerando uma assistência deficitária.

A falta de fiscalização do MS pode incentivar a permanência de algumas incompatibilidades com as diretrizes do SUS. Como visto a UBS Ernesto Che Guevara foi adaptado, porém não suportando a demanda. Os atendimentos das equipes de SF são realizados em condições desfavoráveis tanto para os profissionais como para os usuários que precisam do serviço. De repente se houvesse uma exigência maior do MS, talvez os gestores buscassem agilidade nas melhorias.

A situação dos profissionais atuantes nas equipes de SF também é uma problemática, pois o município está localizado no interior do estado e a carência de profissionais de qualidade é grande, além da vinculação desse profissional depender de acordos políticos, o que gera trabalhadores sem perfil para atuar na ESF. A descaracterização dos ACS é notória e reflete em toda rede de saúde, uma vez que, o ACS é a porta de entrada do usuário no serviço de saúde.

As ações programáticas não estão sendo realizadas em sua plenitude devido a diversos fatores como a falta de preparação do profissional, falta de comprometimento e co-responsabilidade e as condições de trabalho. Apesar desse contexto há esforços para uma efetividade da assistência.

Após a análise situacional realizada pelo autor ficou mais evidentes as dificuldades apresentada para a atuação profissional, desde o conhecimento da demanda adstrita, como o conhecimento mais aprofundado sobre a estrutura de trabalho. Em contrapartida após o conhecimento minucioso das condições de

trabalho foi possível buscar alternativas de resolução de problemas e elaborar um cronograma que abrangesse ao máximo a população alvo. A identificação dos componentes da rede de saúde e assistência social possibilitara melhor resolução das problemáticas apresentadas, uma vez que, foi possível co-responsabilizar a todos os envolvidos.

2. Análise Estratégia. Projeto de Intervenção

2.1. Justificativa

Em 1999, a Portaria Ministerial nº 1.395/99 estabelece A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa-PNSPI (Portaria Nº 2.528, de 19 de outubro de 2006). Tem como finalidade primordial a recuperação, manutenção e promoção da autonomia e da independência da pessoa idosa. Tornando-se uma das prioridades como consequência da dinâmica demográfica do país. São denominados idosos pessoas com 60 anos ou mais. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), atualmente existem no Brasil, aproximadamente, 20 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, o que representa pelo menos 10% da população brasileira. O envelhecimento produz um aumento do peso relativo das pessoas acima de determinada idade, considerada como definidora do início da velhice da pessoa idosa. Outro fator é a vulnerabilidade de desenvolvimento das doenças crônicas não-transmissíveis e a dependência considerada o maior temor da pessoa idosa. A atenção à pessoa idosa deve contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, elas possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível.

No município de umbaúba, 80% da população do município é atendida na UBS Ernesto Che Guevara. Esta grande demanda gera dificuldades com o atendimento devido à falta de recursos e organização, assim a saúde do idoso acaba sendo negligenciada, responsabilizando-se somente pelos idosos acometidos de patologias específicas como diabetes e hipertensão.

Conforme os indicadores referenciados pelo MS a equipe de SF onde atuo atende 93% de sua população idosa, destes 77% são hipertensos e 29% diabetes,

tem a avaliação multidimensional rápida garantida, como também avaliação de risco de morbimortalidade, investigação de indicadores de fragilidade na velhice, orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, orientação para atividade física regular e estão em dia no atendimento. Porém esses dados estão equivocados, como identificado através da busca ativa realizada pelo autor o número de idosos é muito superior ao apontado no SIAB. Só estão cadastrados os idosos que possuem alguma patologia dando assim a impressão de que os idosos da área são atendidos, mas na realidade os idosos saudáveis não estão cadastrados.

As equipes de Saúde da Família não se comprometem pelo fato de não ter havido uma iniciativa para esse público alvo ficando-os reféns em alimentar os programas e ações mais cobradas, como por exemplo: pré-natal; hipertensos, diabéticos. Outro fator também é a falta de apoio do gestor municipal e de condições de trabalho que auxiliem nessa atenção específica. Porém, após a implementação da atenção à saúde do idoso, com seus devidos esclarecimentos e destacando a importância dessa intervenção no âmbito da sociedade, as ações serão melhor aceitas e participadas por todos: equipe, gestores e seguimentos da população adstrita. As ações desenvolvidas voltadas à pessoa idosa são realizadas, geralmente em ocasiões de comemorações e/ou no grupo de idosos mantido pela secretária de inclusão.

Em decorrência desse cenário atual se faz importante a efetivação das políticas de saúde para a pessoa idosa, com a melhoria na atenção à saúde do idoso na UBS Ernesto Che Guevara. Atentar-se para a saúde do idoso significa reduzir os custos com internações e reabilitações. Somente conhecendo, prevenindo doenças e/ou agravos decorrentes do processo de envelhecimento será possível manter esse idoso ativo por mais tempo diminuindo os custos com assistência social. O idoso precisa envelhecer com qualidade de vida e redução das limitações isso só será possível se o processo de envelhecimento esteja sendo monitorado principalmente no quesito saúde. Diante disso, é indispensável uma atenção mais ampla com os idosos. A intervenção é uma necessidade no município por isso a rede de saúde se mobiliza para auxiliar na implantação do projeto.

Para uma intervenção integral à pessoa idosa é importante assisti-lo em sua plenitude, porém não serão propostas metas para saúde bucal porque o município

não dispõe de equipe de saúde bucal devido à falta de conservação dos consultórios odontológicos impossibilitando a atuação da equipe de saúde bucal.

2.2 .Objetivos e Metas

2.2.1. Objetivos

Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde do Idoso na UBS Ernesto Che Guevara de La Sierra do município de Umbaúba.

Objetivos Específicos

- a. Ampliar a cobertura do programa;
- b. Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Atenção à Saúde do Idoso
- c. Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na unidade de saúde
- d. Melhorar registros das informações
- e. Mapear os idosos de risco da área de abrangência
- f. Promover a saúde

2.2.2. Metas

Metas relacionadas ao objetivo específico a.

- 1- Ampliar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade básica de saúde Ernesto Che Guevara de La Sierra para 30%;
- 2- Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.
- 3- Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.
- 4- Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).
- 5- Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmHg para Diabetes Mellitus (DM).

Metas relacionadas ao objetivo específico b.

- 6- Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Metas relacionadas ao objetivo específico c.

- 7- Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde;
- 8- 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 03 meses para diabéticos.
- 9- Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.
- 10-Avaliar acesso aos medicamentos prescritos em 100% dos idosos (considerar os idosos sem prescrição medicamentosa como com acesso a medicamentos)

Metas relacionadas ao objetivo específico d.

- 11-Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.
- 12-Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados

Metas relacionadas ao objetivo específico e.

- 13-Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.
- 14-Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 95% das pessoas idosas.
- 15-Avaliar a rede social de 100% dos idosos

Metas relacionadas ao objetivo específico f.

- 16-Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.
- 17-Garantir orientação para a prática de atividade física regular a 100% idosos.
- 18-Garantir orientações individuais sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados com primeira consulta odontológica programática.

2.3. Metodologia

A presente intervenção será desenvolvida no período de 4 meses no município de Umbaúba no estado de Sergipe na UBS Ernesto Che Guevara de La Sierra da área urbana.

A população alvo serão os idosos participantes da área adstrita da UBS, do município.

2.3.1. Detalhamento das ações

Ação: Qualificação da equipe

De forma coletiva, no momento da avaliação mensal e em reunião com toda a equipe da UBS continuamente;

- Capacitar a equipe no acolhimento aos idosos. Capacitar os ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço. Capacitação da equipe da unidade de saúde para a Política Nacional de Humanização

No momento da avaliação mensal;

- Orientar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. Orientar os ACS para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar.

Através das capacitações de educação permanente com a equipe, que serão realizadas bimestral.

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

- 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.
- Capacitar os profissionais para o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pela UBS. Treinar a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida.
- Treinar a equipe para o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas.
- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares.
- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes.
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
- Capacitar a equipe de saúde para identificar alterações de mucosa.
- Capacitar a equipe de saúde bucal para selecionar os casos com necessidade de encaminhamento para serviços de referência e para tratar os casos de menor complexidade/alta prevalência.
- Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos.
- Capacitar a equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa.
- Capacitar os profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa.
- Capacitar os profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice.
- Capacitar a equipe para avaliar a rede social dos idosos
- 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".
- Capacitar a equipe para a orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos.

- Capacitar a equipe para orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular.
- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias.
- Capacitar a equipe para elaborar e realizar ações coletivas de educação em saúde bucal. Identificar temas favoráveis para desenvolvimento de orientações multiprofissionais.

Ação: Engajamento público

No momento da consulta individual e ações coletivas de educação em saúde;

Através de participação em eventos relacionados à saúde;

Buscar os locais onde há maior concentração de idosos periodicamente realizar palestras e ações coletivas de prevenção a doenças e agravos e promoção à saúde;

Distribuir informes para a população através do ACS e secretária de saúde;

- Esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde.
- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde.
- Orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar. E a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados ou com problemas de locomoção.
- Orientar a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade. E sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS.
- 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. E os fatores de risco para o desenvolvimento de DM.

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos idosos (se houver número excessivo de faltosos).
- Esclarecer os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.
- Orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável. Compartilhar com os pacientes as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social.
- Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.
- Orientar os pacientes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.
- Orientar os pacientes e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.
- 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.
- Esclarecer a população sobre fatores de risco e a importância do auto-exame da boca. E a importância do exame de mucosa pelo profissional de saúde (cirurgião-dentista) durante a consulta.
- Esclarecer a população sobre o uso e manutenção de próteses dentárias.
- Sensibilizar a população sobre a necessidade e o critério de hierarquização dos atendimentos em função da oferta dos serviços.
- 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.
- Orientar os idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção.

- Orientar os idosos sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco.
- Orientar os idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde.
- 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.
- Orientar os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis.
- Orientar os idosos e a comunidade para a realização de atividade física regular.
- Orientar os idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias.
- Informar a população sobre a importância da participação nas atividades educativas. Identificar junto à população temas de interesse a serem abordados nas palestras.

Ação: Organização e gestão do serviço

Na elaboração do cronograma mensal assegurar:

- Agendamento das visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção. E visitas domiciliares para buscar os faltosos

Informar previamente à direção da UBS a necessidade;

Capacitar a equipe com o propósito de diminuir o desperdício;

Garantir, previamente, o material necessário na UBS, com a finalidade de:

- Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS e DM. Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.
- Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos.

Através de ações de educação permanente;

E, estabelecimento de protocolo de atendimento:

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos.
- Garantir a referência e contra-referência de pacientes com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades.

Juntamente com a equipe de farmacêutica e de estoque, elaborar de protocolo para manter os registros fidedigno e atualizado;

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

Juntamente com a equipe de vacinação ações coletivas para atualização de cadernetas;

- Organizar ações conjuntas em campanhas de vacinação para captar idosos da área não avaliados;

Juntamente com NASF, definir ações coletivas e orientar quanto ao registro das atividades;

- Definir o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular.
- Demandar do gestor municipal parcerias institucionais para a identificação de para realização de atividade física.

Ação: monitoramento e avaliação:

Atualizar o SIAB mensalmente;

Acompanhar o ACS através da ficha de avaliação;

- Monitorar a cobertura através de indicadores de informação em saúde mensal Certificar se as informações preenchidas no ficha espelho pelos profissionais estão completas e atualizadas através da consulta individual;
- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela unidade de saúde.

- Monitorar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anual em todos idosos acompanhados pela unidade de saúde.
- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade de saúde.
- Monitorar o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados e realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção.
- Monitoramento dos idosos com hipertensão e diabetes.
- Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde e com a periodicidade recomendada.

Buscar informações sobre a dispensação e registros da distribuição de medicamentos;

Atualizar, mensalmente, a oferta de medicamentos disponíveis na UBS;

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

Através dos registros realizados no momento do atendimento, através da ficha espelho, caderneta, cartão do HIPERDIA e prontuário clínico.

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

Através dos registros do ACS;

Consultas agendadas e/ou demanda espontânea;

- Monitorar o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência. E o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice.

Através dos registros dos ACS;

Registros na caderneta da pessoa idosa;

Registros no Centro de Referência Especializado em Assistência Social.

- Monitorar a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS. E monitorar todos os idosos com rede social deficiente.

Através dos registros dos profissionais na caderneta e ficha espelho do idoso;

Momento da avaliação clínica através do cálculo de IMC.

Através do registro do NASF;

- Monitorar a realização de orientações nutricionais para hábito alimentares saudáveis e atividade física para todos os idosos.
- Monitorar o número de idosos com obesidade / desnutrição.
- Monitorar o número de idosos que realizam atividade física regular.

Através dos registros realizados na ficha espelho de saúde bucal;

- Monitorar as atividades coletivas de educação em saúde bucal para idosos cadastrados.

2.3.2. Indicadores

Os indicadores utilizados para quantificar os objetivos atingidos serão:

Indicador correspondente à meta 1: Proporção de idosos moradores na área de abrangência cadastrados no programa

Numerador: N^o de idosos residentes na área de abrangência cadastrados no programa;

Denominador: N^o total de idosos residentes no território;

Indicador correspondente à meta 2: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados

Numerador N^o de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa.

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

Indicador correspondente à meta 3: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar

Numerador: N^o de idosos acamados ou com problema de locomoção que receberam visita domiciliar.

Denominador: N^o de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa pertencentes ao território

Indicador correspondente à meta 4: Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta

Numerador: N^o de idosos com medida da pressão arterial na última consulta.

Denominador: N^o de idosos cadastrados no programa pertencentes ao território

Indicador correspondente à meta 5: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes

Numerador: N^o de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus_

Denominador N^o de idosos com pressão sustentada maior que 135/80mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

Indicador correspondente à meta 6: Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa

Numerador N^o de idosos faltosos às consultas programadas e buscados pela unidade de saúde

Denominador N^o de idosos faltosos às consultas programadas.

Indicador correspondente à meta 7: Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia

Numerador: Número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes ao território

Indicador correspondente à meta 8: Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia.

Numerador: N^o de idosos com exame clínico apropriado.

Denominador: N^o de idosos cadastrados no programa pertencentes ao território

Indicador correspondente à meta 9: Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia

Numerador: N^o de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos.

Denominador: N^o de idosos cadastrados no programa pertencentes ao território

Indicador correspondente à meta 10: Proporção de idosos com acesso aos medicamentos prescritos

Numerador: N^o de idosos com acesso aos medicamentos prescritos.

Denominador: N^o de idosos cadastrados no programa

Indicador correspondente à meta 11: Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia

Numerador: N^o de ficha espelho com registro adequado.

Denominador: N^o de idosos cadastrados no programa

Indicador correspondente à meta 12: Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Numerador: N^o de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Denominador: N^o de idosos cadastrados no programa

Indicador correspondente à meta 13: Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia

Numerador: N^o de idosos rastreados quanto ao risco de morbimortalidade

Denominador: N^o de idosos cadastrados no programa

Indicador correspondente à meta 14: Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia

Numerador: N^o de idosos investigados quanto à presença de indicadores de fragilização na velhice

Denominador: N^o de idosos cadastrados no programa.

Indicador correspondente à meta 15: Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia

Numerador: N^o de idosos com avaliação de rede social.

Denominador N^o de idosos cadastrados no programa

Indicador correspondente à meta 16: Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis

Numerador: N^o de idosos com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Denominador: N^o de idosos cadastrados no programa

Indicador correspondente à meta 17: Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular

Numerador: N^o de idosos com orientação para prática de atividade física regular.

Denominador: N^o de idosos cadastrados no programa

Indicador correspondente à meta 18: Proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia

Numerador: N^o de idosos da com primeira consulta odontológica com orientação individual de cuidados de saúde bucal.

Denominador: N^o total de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde com primeira consulta odontológica.

2.3.3. Logística

Para a realização da intervenção, serão usados os protocolos técnicos do Ministério da Saúde, o caderno de Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa e o protocolo do Ministério da Saúde, 2010: Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e envelhecimento. Como parte de protocolo de atendimento será usada a caderneta de saúde da pessoa idosa. Os registros específicos serão realizados mediante a ficha espelho de forma individual para cada idoso. O monitoramento e avaliação regular serão semanais na planilha de coleta de dados.

Inicialmente, serão marcadas reuniões com a gestão para poder explicar a intervenção, garantir o apoio da gestão mediante a disponibilização de material necessário, os locais de capacitação e orientações dos idosos assim como períodos de tempo para estas. Reuniões com equipe para apresentação e discussão da intervenção também serão realizados. As capacitações serão realizados por mim. Os temas debatidos incluirão a saúde do idoso, protocolo de atendimento, cadastramento, familiarização com as fichas, planilhas e cadernetas, formas de preenchimento, registro, orientações para os idosos, distribuição de atribuições do pessoal da equipe.

Nas ações coletivas contarei com a equipe de SF para a recepção aos idosos, preparação dos equipes e organização do material. Buscarei sempre que possível convidados para transmitir informações de diversos temas.

O registro será realizado pelo profissional técnico ou auxiliar de enfermagem, atendente de saúde, o examinador ou algum estagiário da área. Será arquivado no

prontuário clínico do idoso e ser tabulado na produção e informação transmitida ao SIAB pela secretária municipal de saúde para atualização dos dados.

Os exames laboratoriais serão solicitados pelos profissionais habilitados da equipe e serão marcados pela secretaria de saúde e de responsabilidade do idoso ou cuidador marcar os exames.

- Capacitar a equipe no acolhimento aos idosos.
- Treinar os ACS para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.
- Capacitar os ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço.
- Orientar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.
- Orientar os ACS para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar.
- Capacitação da equipe da unidade de saúde para a Política Nacional de Humanização.
- Definir com a equipe a periodicidade das consultas.
- Identificar temas favoráveis para desenvolvimento de orientações multiprofissionais.
- 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.
- Capacitar a equipe da Unidade de Saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.
- Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos.
- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares.
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

A equipe de SF responsável pela área terá ciência das prioridades em seu território de abrangência e dará continuidade nos meses seguintes após a intervenção.

As visitas domiciliares serão realizadas juntamente com o ACS da microareas que transmitirá as informações através para sua área de abrangência para garantir o agendamento e realização das demais visitas.

- Esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde.
- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde.
- Orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar. E a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados ou com problemas de locomoção.
- Orientar a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade. E sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS.
- 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. E os fatores de risco para o desenvolvimento de DM.
- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos idosos (se houver número excessivo de faltosos).
- Esclarecer os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.
- Orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável. Compartilhar com os pacientes as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social.
- Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e sobre a

importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

- Orientar os pacientes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.
- Orientar os pacientes e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.
- 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.
- Esclarecer a população sobre fatores de risco e a importância do auto-exame da boca. E a importância do exame de mucosa pelo profissional de saúde (cirurgião-dentista) durante a consulta.
- Esclarecer a população sobre o uso e manutenção de próteses dentárias.
- Sensibilizar a população sobre a necessidade e o critério de hierarquização dos atendimentos em função da oferta dos serviços.
- 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.
- Orientar os idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção.
- Orientar os idosos sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco.
- Orientar os idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde.
- 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.
- Orientar os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis.
- Orientar os idosos e a comunidade para a realização de atividade física regular.
- Orientar os idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias.

- Informar a população sobre a importância da participação nas atividades educativas. Identificar junto à população temas de interesse a serem abordados nas palestras.
- Comunicar ao gestor e coordenações sobre o projeto de intervenção;
- Solicitar ao gestor municipal a disponibilização da Cardeneta de Saúde da Pessoa Idosa;
- Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropômetro, Tabela de Snellen);
- Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.
- Demandar do gestor municipal parcerias institucionais para a identificação de para realização de atividade física
- Definir as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos.
- Definir o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.
- Definir o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular.
- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos;
- Garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa.

2.3.4.Cronograma

PERIODO (SEMANAS)	ATIVIDADES
1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar acolhimento aos idosos. ▪ Cadastrar aos idosos da área de cobertura da unidade de saúde.

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde. Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde ▪ Implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos. ▪ Organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares. Garantir a referência e contra-referência de pacientes com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades.
2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar acolhimento aos idosos. ▪ Cadastraros idosos da área de cobertura da unidade de saúde. ▪ Garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa. ▪ Esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde. Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde ▪ Implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos. ▪ Pactuar com a equipe o registro das informações. ▪ Definir responsável pelo monitoramento dos registros. ▪ Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual. ▪ Reservar um turno para realizar visita domiciliar.
3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar acolhimento aos idosos. ▪ Cadastraros idosos da área de cobertura da unidade de saúde.

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa. ▪ Esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde. Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde ▪ Implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos. ▪ Pactuar com a equipe o registro das informações. ▪ Definir responsável pelo monitoramento dos registros. ▪ Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual. ▪ Reservar um turno para realizar visita domiciliar.
4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar acolhimento aos idosos. ▪ Cadastraros idosos da área de cobertura da unidade de saúde. ▪ Garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa. ▪ Esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde. Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde ▪ Implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos. ▪ Pactuar com a equipe o registro das informações. ▪ Definir responsável pelo monitoramento dos registros. ▪ Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual. ▪ Reservar um turno para realizar visita domiciliar.
5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar acolhimento aos idosos.

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cadastraros idosos da área de cobertura da unidade de saúde. ▪ Garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa. ▪ Esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde. Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde ▪ Implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos. ▪ Pactuar com a equipe o registro das informações. ▪ Definir responsável pelo monitoramento dos registros. ▪ Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual. ▪ Reservar um turno para realizar visita domiciliar.
6	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar acolhimento aos idosos. ▪ Cadastrar os idosos da área de cobertura da unidade de saúde. ▪ Garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa. ▪ Esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde. Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde ▪ Implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos. ▪ Pactuar com a equipe o registro das informações. ▪ Definir responsável pelo monitoramento dos registros. ▪ Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de

	<p>garantir orientações em nível individual.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reservar um turno para realizar visita domiciliar.
7	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar acolhimento aos idosos. ▪ Cadastraros idosos da área de cobertura da unidade de saúde. ▪ Garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa. ▪ Esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde. Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde ▪ Implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos. ▪ Pactuar com a equipe o registro das informações. ▪ Definir responsável pelo monitoramento dos registros. ▪ Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual. ▪ Reservar um turno para realizar visita domiciliar.
8	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar acolhimento aos idosos. ▪ Cadastraros idosos da área de cobertura da unidade de saúde. ▪ Garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa. ▪ Esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde. Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde ▪ Implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos. ▪ Pactuar com a equipe o registro das informações.

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Definir responsável pelo monitoramento dos registros. ▪ Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual. ▪ Reservar um turno para realizar visita domiciliar.
9	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar acolhimento aos idosos. ▪ Cadastraros idosos da área de cobertura da unidade de saúde. ▪ Garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa. ▪ Esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde. Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde ▪ Implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos. ▪ Pactuar com a equipe o registro das informações. ▪ Definir responsável pelo monitoramento dos registros. ▪ Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual. ▪ Reservar um turno para realizar visita domiciliar.
10	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar acolhimento aos idosos. ▪ Cadastraros idosos da área de cobertura da unidade de saúde. ▪ Garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa. ▪ Esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde. Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos. ▪ Pactuar com a equipe o registro das informações. ▪ Definir responsável pelo monitoramento dos registros. ▪ Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual. ▪ Reservar um turno para realizar visita domiciliar. ▪ Realizar ação coletiva com a temática do outubro rosa.
11	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar acolhimento aos idosos. ▪ Cadastraros idosos da área de cobertura da unidade de saúde. ▪ Garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa. ▪ Esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde. Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde ▪ Implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos. ▪ Pactuar com a equipe o registro das informações. ▪ Definir responsável pelo monitoramento dos registros. ▪ Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual. ▪ Reservar um turno para realizar visita domiciliar.
12	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar acolhimento aos idosos. ▪ Cadastraros idosos da área de cobertura da unidade de saúde. ▪ Garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa. ▪ Esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos

	<p>realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde. Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos. ▪ Pactuar com a equipe o registro das informações. ▪ Definir responsável pelo monitoramento dos registros. ▪ Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual. ▪ Reservar um turno para realizar visita domiciliar.
13	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar acolhimento aos idosos. ▪ Cadastraros idosos da área de cobertura da unidade de saúde. ▪ Garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa. ▪ Esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde. Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde ▪ Implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos. ▪ Pactuar com a equipe o registro das informações. ▪ Definir responsável pelo monitoramento dos registros. ▪ Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual. ▪ Reservar um turno para realizar visita domiciliar.
14	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar acolhimento aos idosos. ▪ Cadastraros idosos da área de cobertura da unidade de saúde. ▪ Garantir o registro dos idosos acamados ou com

	<p>problemas de locomoção cadastrados no Programa.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde. Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde ▪ Implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos. ▪ Pactuar com a equipe o registro das informações. ▪ Definir responsável pelo monitoramento dos registros. ▪ Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual. ▪ Reservar um turno para realizar visita domiciliar.
15	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar acolhimento aos idosos. ▪ Cadastraros idosos da área de cobertura da unidade de saúde. ▪ Garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa. ▪ Esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde. Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde ▪ Implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos. ▪ Pactuar com a equipe o registro das informações. ▪ Definir responsável pelo monitoramento dos registros. ▪ Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual. ▪ Reservar um turno para realizar visita domiciliar..
16	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar acolhimento aos idosos. ▪ Cadastraros idosos da área de cobertura da unidade de

	<p>saúde.</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa.▪ Esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde. Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde▪ Implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos.▪ Pactuar com a equipe o registro das informações.▪ Definir responsável pelo monitoramento dos registros.▪ Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.▪ Reservar um turno para realizar visita domiciliar.
--	---

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.

A ação programática de escolha foi à assistência à pessoa idosa e ao envelhecimento, devido à grande demanda desse público e à ação não estar implantada no município. A intervenção iniciou em setembro de 2013. O projeto foi apresentado ao gestor e coordenadora de atenção básica que demonstraram interesse e se dispuseram a colaborar. Para a realização da intervenção foi possível contar com os estudantes de nível técnico em enfermagem, que atuam sob supervisão de uma enfermeira, para as ações coletivas e com o apoio da secretaria de inclusão social, o que motivou ainda mais a intervenção.

Foi buscada parcerias com o setor/pessoa responsável pela saúde do idoso no estado, porém foi comunicado que secretaria estadual de saúde estava sem referência para esta ação. Isso pode justificar a falta dessa ação programática no município. Os materiais chegaram durante a intervenção, exceto as cadernetas da pessoa idosa.

Durante as ações coletivas, que foram o ponto alto da intervenção, foi possível observar a carência da população idosa em informações sobre saúde, a participação através de perguntas, comentários e experiências enriqueceram as ações como também as oficinas e dinâmicas desenvolvidas também punccionaram o sucesso das ações. As visitas domiciliares foram realizadas como pretendido. As consultas também fluíram bem, com poucos faltosos. Graças a acadêmicos de odontologia, que estavam sob supervisão de um odontólogo em estágio supervisionado, foi possível desenvolver ações coletivas de cuidados com a saúde bucal.

A busca aos faltosos foi realizada, no entanto houve dificuldades para alcançar a meta devido à demanda que é grande e a falta de comprometimento dos agentes comunitários de saúde em exercer sua prática.

Quanto aos medicamentos em dia, os usuários idosos possuem acesso aos medicamentos limitada. O resultado não foi como esperado porque alguns idosos relatam que nem sempre encontravam a medicação prescrita na farmácia básica, e que alguns fazem uso de medicamentos que não estão inclusos na farmácia básica. Ressalvo que a maioria dos idosos revelou que a medicação teria sido prescrita por um profissional da rede particular.

As ações referentes à saúde bucal, menos as orientações, não foram planejadas para ser realizadas. Até o terceiro mês da intervenção não tínhamos equipe de saúde bucal. No último mês de intervenção, uma equipe de saúde bucal foi implementada. Conversamos com a equipe e eles se dispuseram a participar. As ações foram realizadas, mas não foi completa. Havia muita demanda reprimida.

As metas propostas foram alcançadas de forma parcial. No início da intervenção, contava com o apoio e entusiasmo de todas as equipes de saúde da família. No decorrer, a intervenção na continuou no mesmo ritmo, provavelmente devido a grande demanda.

Porém é importante que os profissionais que atuam na ESF sejam incentivados a desenvolverem intervenções como esta, pois dessa forma é possível visualizar as reais necessidades e dificuldades e como sermos co-responsáveis por mudanças que julgemos necessárias.

A cobertura alcançada de vinte e três por cento, soaram a princípio como um número muito baixo ao que se pretendia. Mas a proposta de despertar o interesse da equipe e da sociedade, para uma atenção mais plena à pessoa idosa foi alcançada.

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

Na primeira semana da intervenção foi programada uma ação coletiva em um grupo de idosos do município, porém não ocorreu como combinado, pois os materiais necessários para a ação não foram providenciados pela secretaria de saúde.

Foi planejado que todos os usuários idosos possuíssem e usassem as cadernetas da pessoa idosa cada vez que fossem atendidos na UBS. Essa ação não aconteceu, pois as cadernetas não chegaram. Usamos outro cartão, que pode ser usado para diabéticos, hipertensos e idosos. A implantação da caderneta da pessoa idosa não foi alcançada, pois o município não dispunha do material necessário, para o registro de informações sobre o usuário. O município utiliza um cartão de acompanhamento. Porém não constam nesse cartão orientações para a melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa. O resultado da intervenção não atingiu a meta pretendida devido ao grande número de pessoas idosas, porém houve um despertar tanto da secretaria de saúde quanto da população em exigir esse atendimento.

A pretensão inicial era organizar a agenda de forma que pudesse se dispor de um dia para o atendimento da pessoa idosa. Esse dia seria dividido em visitas domiciliares, consultas ambulatoriais e ação coletiva, porém devido à carga horária e a grande demanda de usuários, e falta de profissionais, inclusive demanda espontânea, não foi possível de ser realizada.

A principal dificuldade encontrada foi a falta de apoio das demais equipes de SF e a descaracterização dos ACS dificultaram a corresponsabilização e a atenção aos idosos.

A demanda representou também uma dificuldade, pois após a busca ativa realizada pelos ACS o número de idosos foi possível de ser visualizado, sendo desproporcional a demanda com o número de profissionais disponíveis para a realização da intervenção.

Além da demanda, a aplicação do protocolo de atendimento e segundo o MS e a falta de experiência da autora, acarretou um tempo maior durante as consultas, conseqüentemente um número menor de usuários atendidos.

A carência de materiais impressos dificultou a adoção da ficha espelho para todos os usuários.

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

Uma dificuldade encontrada no início da intervenção foi encontrar informações sobre o público alvo da intervenção, pois os registros estavam incompletos ou eram inexistentes. No decorrer da intervenção a coleta de dados foi dificultada porque faltou material impresso para a ficha espelho. Para a sistematização dos dados a maior dificuldade esteve na manipulação do programa excel e na falta de experiência do autor para o fechamento das planilhas.

A principal dificuldade encontrada para o alcance de meta proposta foi a falta de apoio das demais equipes de SF e a descaracterização dos ACS dificultaram a corresponsabilização e a atenção aos idosos.

A demanda representou também uma dificuldade, pois após a busca ativa realizada pelos ACS o número de idosos foi possível de ser visualizado, sendo desproporcional a demanda com o número de profissionais disponíveis para a realização da intervenção.

Além da demanda, a aplicação do protocolo de atendimento e segundo o MS e a falta de experiência da autora, acarretou um tempo maior durante as consultas, conseqüentemente um número menor de usuários atendidos.

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.

A intervenção foi incorporada à rotina do serviço de forma parcial. Uma equipe realizou as ações orientadas à saúde do idoso de forma adequada que foi a equipe assistida pela autora, porém as demais equipes da UBS não incorporaram a proposta da intervenção que seria assistir a todos os idosos, não somente aos idosos portadores de alguma patologia, como é realizado atualmente.

Para incorporar a intervenção ao serviço de saúde será necessário que os profissionais entendam que assistir a todos os idosos não será uma atividade a mais nas ações programáticas, e sim uma obrigatoriedade quando se trabalha prevenção a doenças e promoção à saúde. Os profissionais iram se interessar em assistir a pessoa idosa conforme o Ministério da Saúde recomenda se for implementada a ação de forma oficial. Outro aspecto é que haja o fornecimento de insumos necessários para assistir esse idoso, sendo assim maior apoio da gestão.

Para a continuidade da intervenção os profissionais precisam ser preparados para a aplicação efetiva dessa ação programática, para que os profissionais atuem com o conhecimento devido e realizem uma assistência eficaz.

A intervenção parece ter sido assumida como uma atividade a mais para as equipes. A assistência à pessoa idosa deve ser parte das ações programáticas das equipes de saúde da família. Para a incorporação é necessário que gestores, profissionais e trabalhadores de saúde tenham consciência de que a pessoa idosa precisa ser assistida em sua plenitude.

4 . Avaliação da Intervenção

4.1. Resultado

A intervenção teve como objetivo melhorar a atenção à pessoa idosa na UBS Ernesto Che Guevara do município de Umbaúba. A estimativa do número de idosos da área de abrangência foi de 1600 idosos.

Embora a implementação tenha sido de forma parcial, é importante ressaltar que a ação programática antes da intervenção não formava parte das atividades realizadas na UBS e alertaram sobre a situação atual do município.

Para a ampliação da cobertura do programa a meta proposta inicialmente foi acompanhar 80% dos idosos da área de abrangência. Depois de tentativas para incluir a participação das quatro equipes de saúde da UBS na intervenção, a meta foi reformulada , sendo que em quatro meses de intervenção foi proposto alcançar a meta de 30% .

A intervenção alcançou no primeiro mês de atuação 15,3% (n= 245), no segundo mês 18,4% (n=295), no terceiro mês 21,6% (n=346) e no quarto mês 27,1% (n=434).

Antes da intervenção, os usuários idosos que eram assistidos estavam cadastrados no programa HIPERDIA. O município não assiste aos idosos que não sejam acamados e/ou hipertensos e diabéticos. Os registros de atendimento dos demais idosos são por demanda espontânea, devido a alguma intercorrência e não para acompanhar o processo de envelhecimento.

A meta não foi alcançada. A disponibilidade de impressos da ficha espelho dificultou a melhoria dos registros. A gestão demonstrou interesse pela intervenção, porém não a inseriu nas ações programáticas das equipes de SF, o que pode ter gerado desinteresse e falta de apoio da equipes que no início da intervenção , mostraram-se interessadas e atuantes no projeto.

Durante a intervenção, os ACS buscavam os idosos e agendavam o atendimento. Foram disponibilizados turnos para atendimento exclusivo à pessoa idosa, assim como realizadas visitas domiciliares e atividades coletivas que

contaram com a participação de convidados como, por exemplo, acadêmicos de odontologia e de enfermagem.

Após os aprendizados adquiridos no decorrer do curso de especialização em saúde da família foi necessário realizar algumas alterações na assistência a todas as ações programáticas, o que levou a um tempo maior durante a consulta, dificultando a disponibilidade de mais turnos para acompanhamento da intervenção.

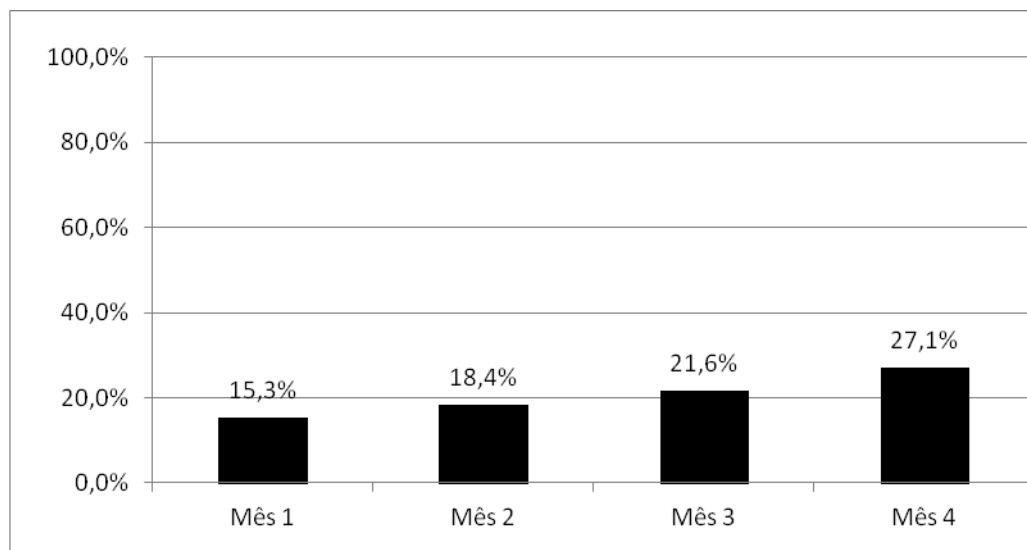


Figura 1. Gráfico da cobertura do programa de atenção à saúde do idoso equipe 2 da UBS Ernesto Che Guevara do município de Umbaúba, 2013.

Para melhorar a cobertura dos idosos acamados a meta foi cadastrar 100% (n= 112) dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. De 112 idosos acamados cadastrados, o alcance dessa meta no primeiro mês foi de 25% (n=28) deles, no segundo mês 33,95 (n= 38), no terceiro 39,3% (n=44) e no quarto mês 44,6% (n=50).

Antes da intervenção, não haviam registros dos usuários idosos acamados, somente aqueles cadastrados no HIPERDIA. Não havia atendimento para a pessoa idosa que não fosse portadora de alguma patologia, exceto por demanda espontânea. A proposta do MS foi assistir não somente idosos adoecidos, mas também prevenir doenças e agravos e melhorar a qualidade de vida da pessoa idosa.

Há no município algumas micro áreas sem cobertura do ACS, como se trata de idosos acamados ou com problemas de locomoção é difícil localizá-los sem o ACS, muitas vezes os familiares negligenciam a necessidade apresentada pelo seu familiar e não busca o serviço de saúde, ficando restrito aos atendimentos de urgência que, muitas vezes, não são referenciados à equipe de SF daquela área.

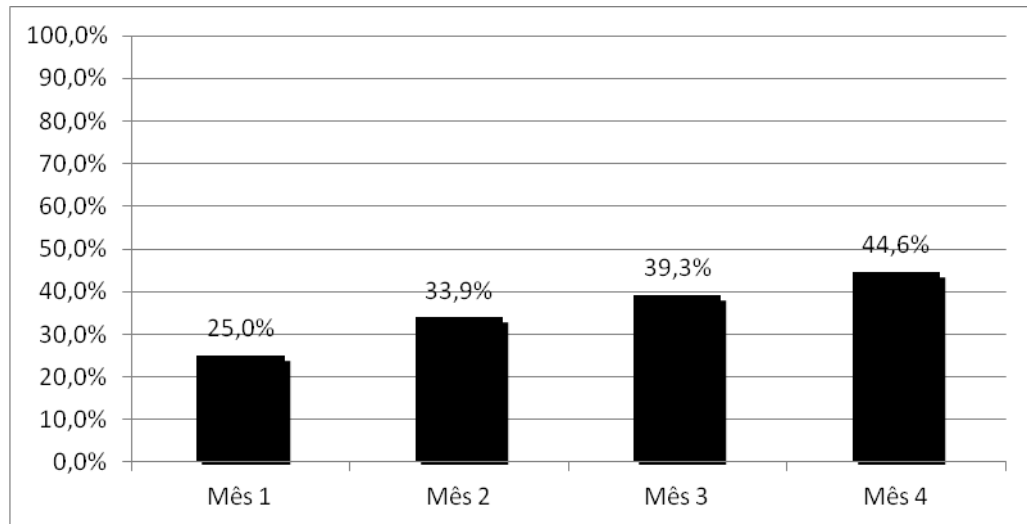


Figura 2. Gráfico da proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados, na equipe 2 da UBS Ernesto Che Guevara do município de Umbaúba, 2013

Com o objetivo de aumentar a cobertura, outra meta proposta foi realizar visita domiciliar a 100% (n=50) dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Dos 28 usuários idosos com problemas de locomoção cadastrados no primeiro mês de intervenção o 100% (n=28) receberam visita domiciliar, no segundo mês os 38 (100%) idosos com problemas de locomoção foram visitados (n=38), no terceiro mês os 44 cadastrados (n100%) e no quarto mês os 50% (100%).

Antes da intervenção os idosos já recebiam a visita domiciliar, uma vez que, possuíam alguma patologia. Com a intervenção foi possível realizar um atendimento mais amplo ao idoso não focando somente a doença e sim a integralidade da pessoa.

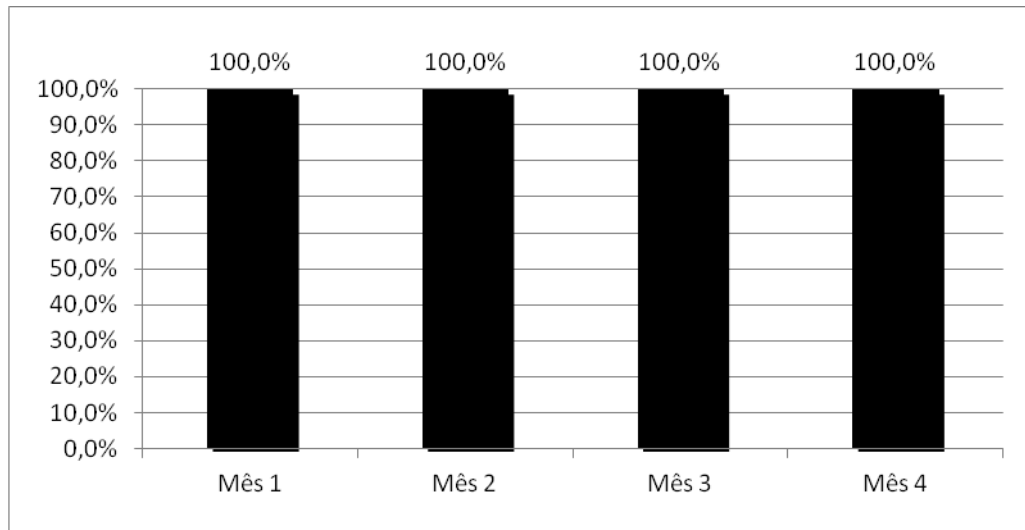


Figura 3. Gráfico da proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados com visita domiciliar, na equipe 2 UBS Ernesto Che Guevara do município de Umbaúba, 2013

Com o objetivo de melhorar o atendimento do idoso, foi proposta a meta de verificar a pressão arterial em 100% dos idosos cadastrados. Do total de usuários idosos residentes na área de abrangência cadastrados, a proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta foi no primeiro mês de 100% (n=245), no segundo mês 100% (n=295), no terceiro mês 100% (n=343). No quarto mês foi alcançando o 96,8% (n=420).

Antes da intervenção não havia atendimento à pessoa idosa que não apresentasse alguma patologia, portanto não havia a rotina de verificar a pressão arterial.

Alguns dos usuários idosos faltosos, apesar da busca ativa, não foi possível realizar o atendimento.

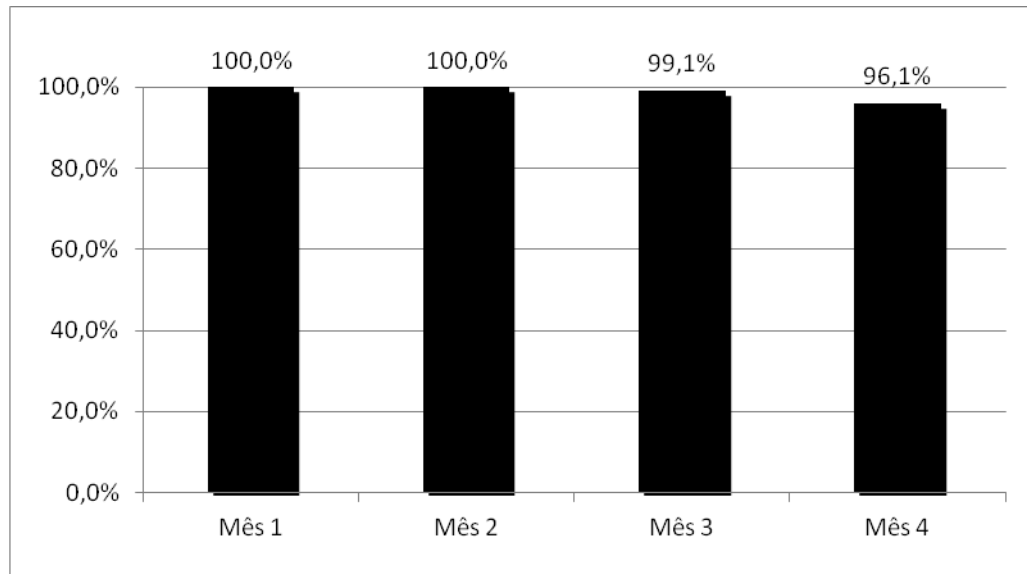


Figura 4. Gráfico da proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta, UBS Ernesto Che Guevara do município de Umbaúba, 2013

Outra meta pretendida foi rastrear 95% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM). A meta no primeiro mês pretendida era de 100% (n= 190) tendo alcançado 100%, no segundo mês a pretensão era de 100% (n=190) sendo superada em 100%, no terceiro mês a meta também era de 100% (n=190) e foi superada em 100% e no quarto mês 100% (n=310).

Antes da intervenção os idosos que eram acompanhados já possuíam alguma patologia, portanto eram assistidos rastreados para outras patologias incluindo o diabetes.

O indicador foi superior ao pretendido devido a que foi realizado o rastreamento para diabetes de usuários idosos que, apesar de não ser hipertensos, apresentavam fatores de risco para o desenvolvimento de diabetes como o histórico familiar e alguns sintomas característicos de diabetes.

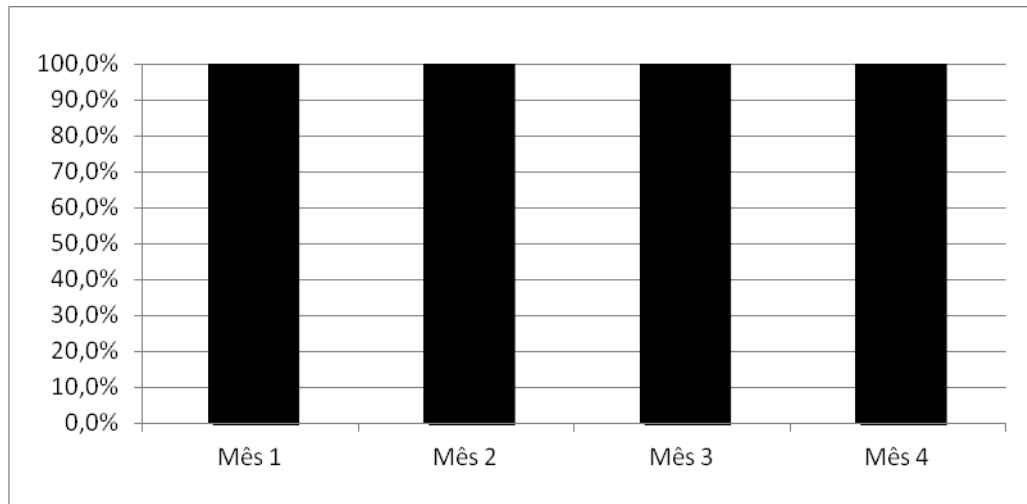


Figura 5. Gráfico da proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes, UBS Ernesto Che Guevara do município de Umbaúba, 2013

Outro objetivo da intervenção foi melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Atenção à Saúde do Idoso, para isto, foram propostas algumas metas que deveriam ser alcançadas.

Foi proposto como meta a busca ativa de 100% dos idosos faltosos às consultas programadas. De todos os usuários idosos faltosos às consultas, este indicador alcançou no primeiro mês o 100% (n= 25), no segundo mês 100% (n=25), no terceiro mês 69, 4% (n=36) e no quarto mês 76,9% (n=52).

Antes da intervenção a busca ativa era realizada aos idosos hipertensos e diabéticos porque era o único programa em que eles são cadastrados. Ainda assim, há relatos dos profissionais de saúde, de idosos hipertensos e diabéticos que não recebem busca ativa e que só comparecem à UBS para a troca de receituário para retirar medicamento na farmácia básica. Com a intervenção, a proposta foi acompanhar aos idosos de forma integral, em todas as suas necessidades.

A busca ativa é realizada pelos ACSs que atualmente no município de Umbaúba vem passando por um processo de descaracterização. O ACS não assume com pleno desempenho suas funções, pois vive em constantes reivindicações com a gestão municipal. A equipe de SF não consegue assumir mais essa demanda da busca ativa. A da busca ativa se deu por falta de interesse dos ACS em fazê-la, foram deitas reuniões de avaliação, porém os ACS não demonstraram interesse em continuar a busca ativa, isso acontece por que o

município não dispõe de um programa de incentivo ou motivacional para os trabalhadores de saúde.

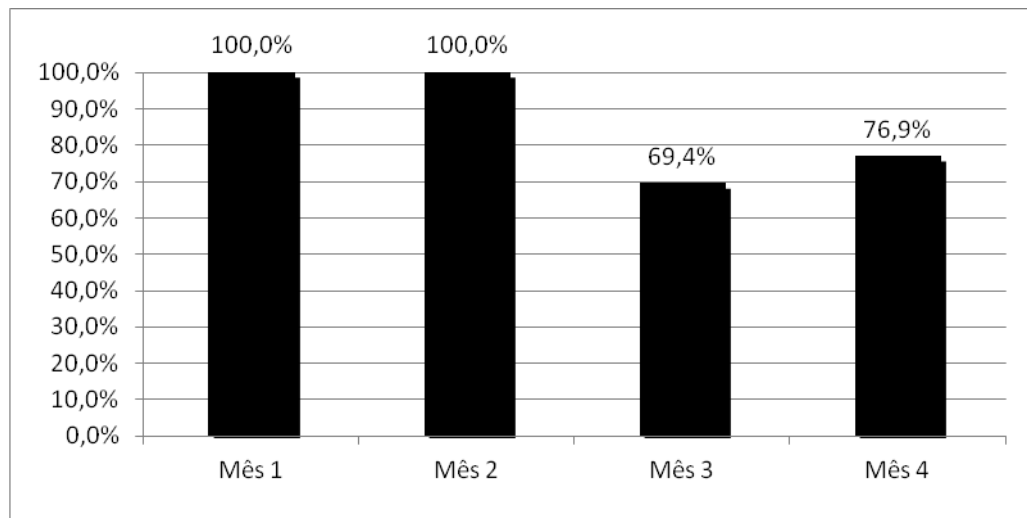


Figura 6. Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa, UBS Ernesto Che Guevara do município de Umbaúba, 2013

Para o alcance da melhoria da qualidade da atenção ao idoso na unidade de saúde, foi proposto realizar a avaliação multidimensional rápida de 100% dos idosos residentes da área de abrangência cadastrados utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Foram alcançados no primeiro mês foi 100% (n=245), no segundo mês 100% (n=295), no terceiro mês 100% (n=346) e no quarto mês 96,8% (n=420).

Antes da intervenção não era do conhecimento dos profissionais a avaliação multidimensional rápida e está não era realizada. No cartão disponibilizado para a pessoa hipertensa e/ou diabética e/ou idosa há a avaliação multidimensional rápida, mas nunca foi utilizada. Isso se dá possivelmente pela alta rotatividade de profissionais.

A meta não foi alcançada, devido a que não foi possível realizar a avaliação multidimensional nos usuários faltosos, que apesar da busca ativa não compareceram à consulta.

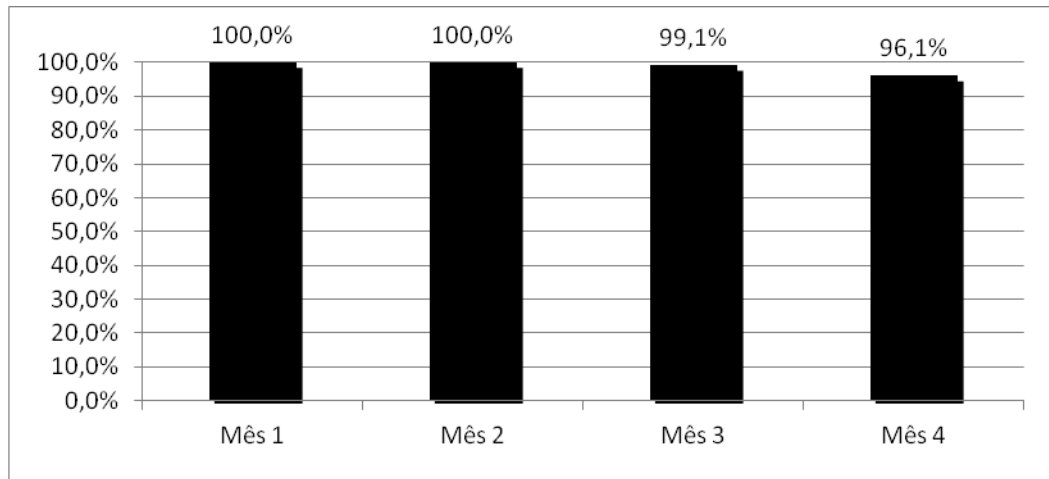


Figura 7. Gráfico da proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia, UBS Ernesto Che Guevara do município de Umbaúba, 2013

Um indicador que também avalia a qualidade da assistência é a solicitação de exame clínico em dia, a meta pretendida foi de 100%. O processo de envelhecimento exige uma vigilância na saúde e para isso são importantes os exames para acompanhamentos e detecção precoce de doenças e agravos, promovendo um envelhecimento com qualidade de vida.

Antes da intervenção os exames eram realizados em usuários idosos que apresentavam alguma patologia e em um tempo superior ao preconizado pelo MS.

De um total de 245 foram atendidos no primeiro mês o alcance foi 100% (n=245). No segundo mês os 295 idosos cadastrados foram examinados (100%). No terceiro mês os 346 (100%) idosos cadastrados e no quarto mês 420 usuários idosos tiveram exame clínico apropriado em dia (96,8%)

Antes da intervenção os exames clínicos só eram solicitados conforme as patologias apresentadas pelo idoso.

A meta não foi alcançada porque alguns idosos relataram que já haviam realizado exames e que eram acompanhados na rede particular.

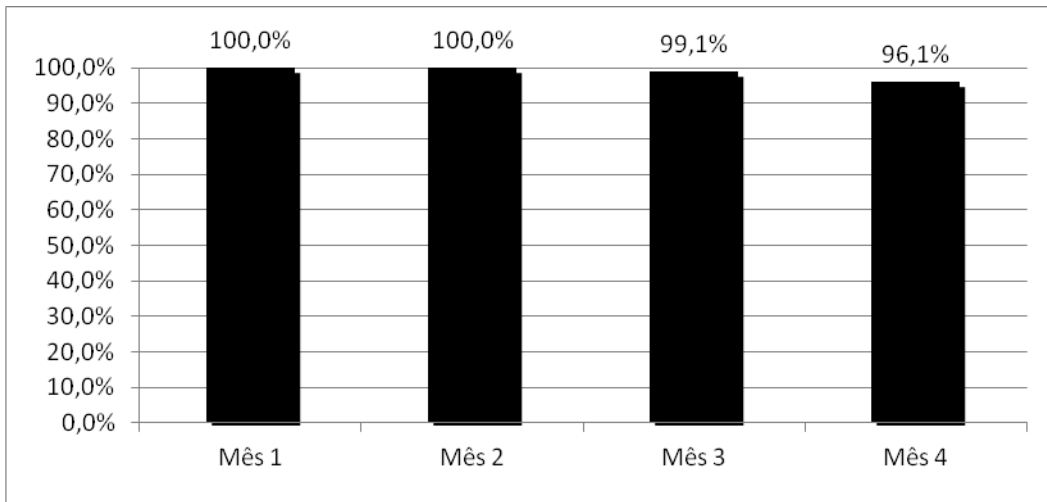


Figura 8. Gráfico da proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia, UBS Ernesto Che Guevara do município de Umbaúba, 2013

A solicitação de exames complementares periódicos dos idosos hipertensos e/ou diabéticos também foi uma meta que a pretensão era de 100% (n=296).

Destes no primeiro mês foi obtido o 100% (n=184), no segundo mês 100,0% (n=210), no terceiro mês 100,0%(n=222) e no quarto mês 100,0% (n=296).

Antes da intervenção os idosos hipertensos e diabéticos tinham seus exames solicitados, mas a autora observou que a periodicidade para um novo controle era superior ao preconizado pelo MS. Algumas vezes os idosos só realizavam exames a cada 1 ou 2 anos.

A justificativa para a demora na solicitação era a dificuldade de marcação junto à secretaria de saúde e o número reduzido de cotas de exames, priorizando outros usuários como, por exemplo, gestantes, hipertensos e diabéticos em processos agudos. A hipertensão e diabetes são fatores de risco para outras patologias, daí a necessidade do acompanhamento desses processos patológicos.

Os resultados foram maiores a 100% devido a que alguns idosos apesar de não apresentarem diagnóstico de diabetes, apresentavam fatores de risco para a presença de diabetes. A estes lhes foi solicitado exames complementares.

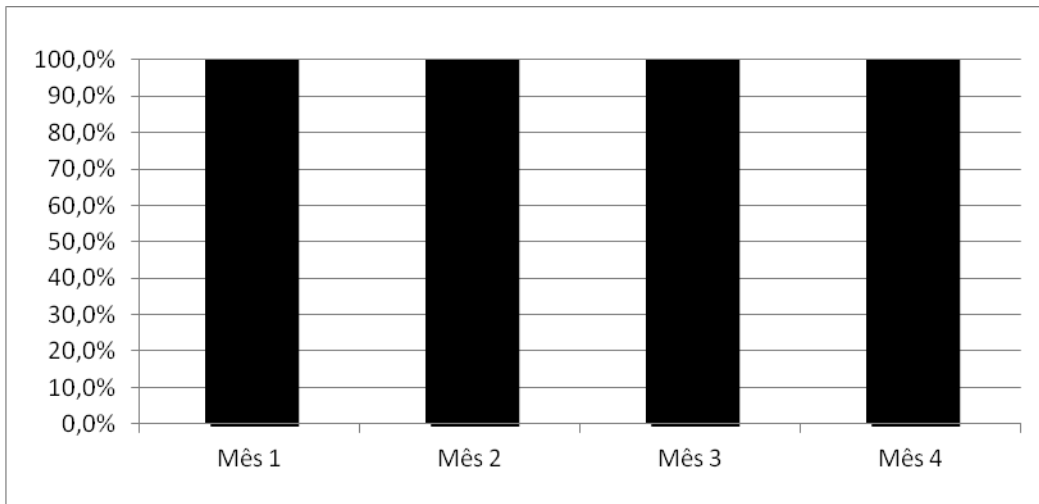


Figura 9. Gráfico da Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia, UBS Ernesto Che Guevara do município de Umbaúba, 2013

Com relação ao acesso aos medicamentos, a meta era avaliar o acesso aos medicamentos prescritos em 100% dos idosos cadastrados.

No primeiro mês, 232 (94,7%) de 245 dos usuários cadastrados tiveram acesso aos medicamentos prescritos. No segundo mês 258(87,5%) dos 295 dos usuários cadastrados tiveram acesso aos medicamentos prescritos. No terceiro mês 270 (78%) de 346 dos usuários cadastrados tiveram acesso aos medicamentos prescritos e no quarto mês 335 (77,2%) dos 434 idosos cadastrados.

Antes da intervenção já eram disponibilizados medicamentos aos idosos hipertensos e diabéticos, excetos quando estes fármacos não estavam disponíveis na farmácia básica.

A meta não foi alcançada pela falta periodicamente de medicamentos sem justificativas coerentes. Dez por cento dos idosos acompanhados relataram que não fazem uso dos medicamentos da farmácia básica e adquire-os na rede particular.

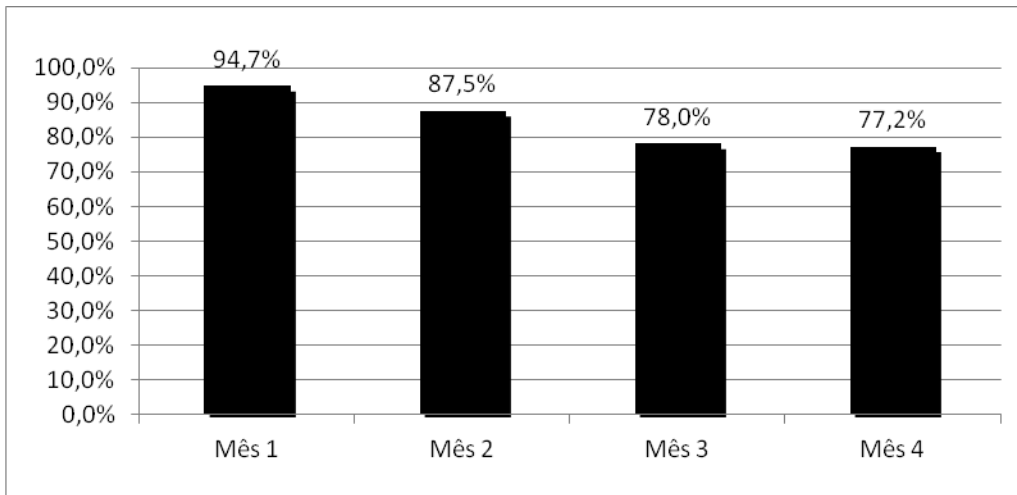


Figura 10. Gráfico da proporção de idosos com acesso aos medicamentos prescritos, UBS Ernesto Che Guevara do município de Umbaúba, 2013

Um indicador de melhoria da assistência ao programa que não foi programado para ser realizado, mas que no último mês foi possível a sua realização foi a assistência odontológica.

No início da intervenção não havia no município equipe de saúde bucal devido a questões de logística.

Porém no quarto mês da intervenção foi incluída uma equipe de saúde bucal. Assim no quarto mês de intervenção foram atendidos 74 idosos, ou seja, 17,1% (n= 23) do total de idosos cadastrados no programa (434).

A falta de condições de atendimento nos consultórios odontológicos impossibilitou a contratação das equipes de saúde bucal, conseqüentemente privando à população desse cuidado. Após contato com a coordenação estadual e adequação dos consultórios, uma equipes de saúde bucal, na nossa área foi implementada. Os atendimentos foram direcionados para as prioridades e para a demanda reprimida causada pela falta de atendimento.

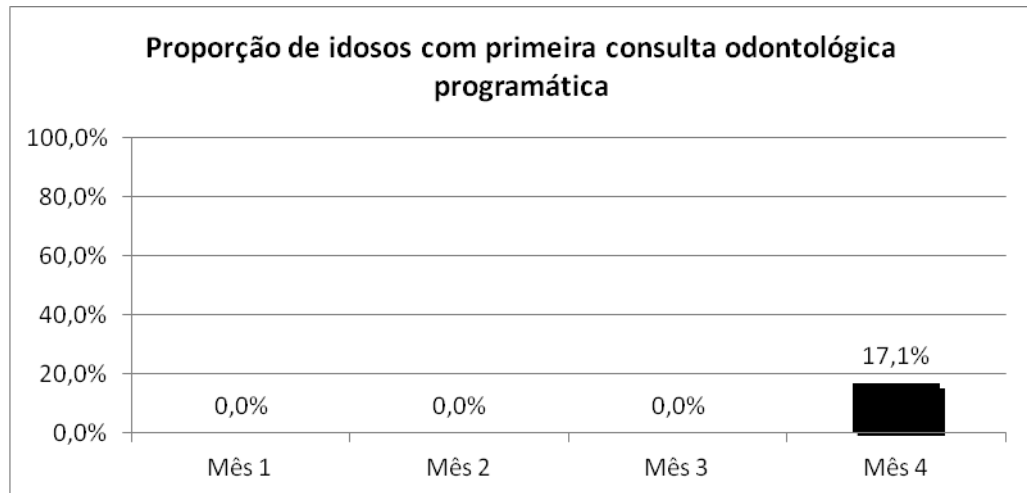


Figura 11. Gráfico da proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática, UBS Ernesto Che Guevara do município de Umbaúba, 2013

O município de Umbaúba não dispunha de equipe de saúde bucal na cidade, isso aconteceu porque não era obrigatório a implantação de equipes de SF com saúde bucal. Assim foram implantadas as equipes de SF na UBS da zona urbana sem saúde bucal.

Com a mudança de gestão os consultórios odontológicos da zona urbana (03 consultórios) estavam danificados e sem equipes de saúde bucal.

Com o início da nova gestão, buscou-se organizar essa demanda o que só foi possível no final de 2013. Ainda assim não há atendimento para as ações programáticas das equipes porque o município dispõe atualmente de 05 equipes de SF e 03 de saúde bucal, além da demanda reprimida.

Alguns idosos necessitavam de alguns atendimentos para concluir o atendimento odontológico, como no município não havia atendimento à saúde bucal esses idosos estavam esperando o retorno das atividades para concluir o tratamento.

Dos 74 usuários idosos com primeira consulta odontológica programática, 32,4% apresentaram tratamento odontológico concluído no quarto mês da intervenção.

Com a intervenção a conquista foi que fossem agendados os idosos com maior necessidade.

A saúde bucal é um cuidado negligenciado pelo serviço de saúde e até mesmo pelos idosos. É necessário que os profissionais de saúde esclareçam a importância dos cuidados com a saúde bucal.

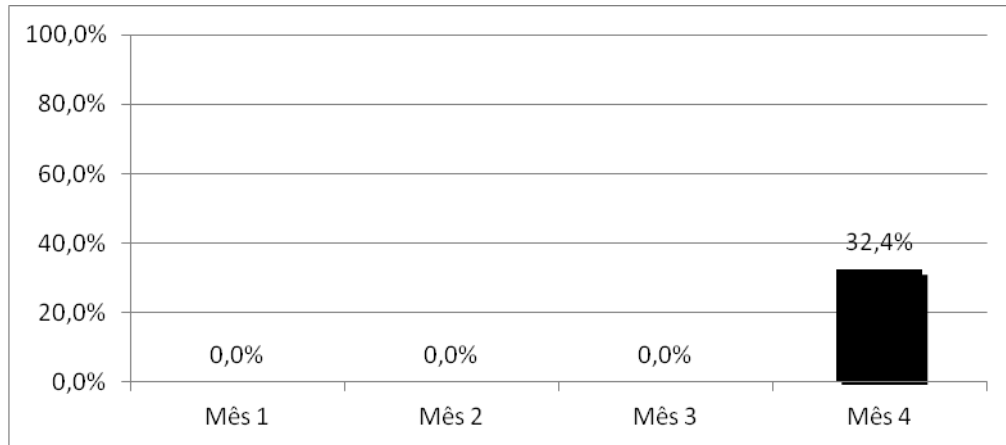


Figura 12. Gráfico da proporção de idosos com tratamento odontológico concluído, UBS Ernesto Che Guevara do município de Umbaúba, 2013

Considerando a situação do município sobre a saúde bucal, para avaliar a proporção de idosos com a avaliação de alterações da mucosa bucal em dia, a meta era 30%.

No primeiro mês dos 245 idosos cadastrados 26 (10,6%) foram avaliados para alterações de mucosa. No segundo mês de 295, 44 (14,9%) foram avaliados, no terceiro mês 44 (12,7%) de 346 idosos cadastrados e no quarto mês 116 (26,7%) de 434.

A avaliação da mucosa oral foi realizada por acadêmicos de odontologia que estavam realizando estágio curricular no município durante a intervenção. Os acadêmicos não contavam com o tempo nem com a experiência necessária para realizar todos os exames pois eles estavam na UBS poucos dias na semana.

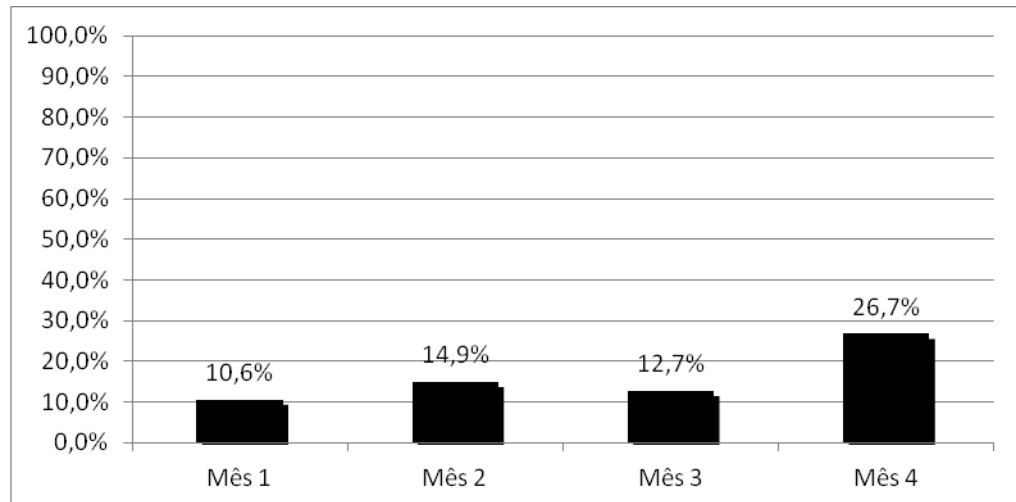


Figura 13. Gráfico da proporção de idosos com avaliação de alterações de mucosa bucal em dia, UBS Ernesto Che Guevara do município de Umbaúba, 2013

Considerando a situação do município sobre a saúde bucal, para avaliar a proporção de idosos com a avaliação de alterações da mucosa bucal em dia, a meta era 30%.

Como o denominador foi a primeira consulta odontológica programática e os acadêmicos de odontologia não realizavam essa atividade, no último mês foi possível observar que o 75% (756 idosos) dos 74 com consulta odontológica programática foram avaliados. Nos outros meses, 12 idosos foram avaliados no primeiro mês, 12 no segundo e 12 no terceiro mês.

Como o município não dispunha de equipe de saúde bucal devido a falta de condições de atendimento nos consultórios odontológicos impossibilitou a contratação das equipes de saúde bucal e conseqüentemente privando a população desse cuidado. Com a contribuição dos acadêmicos de odontologia foi possível avaliar a necessidade de prótese.

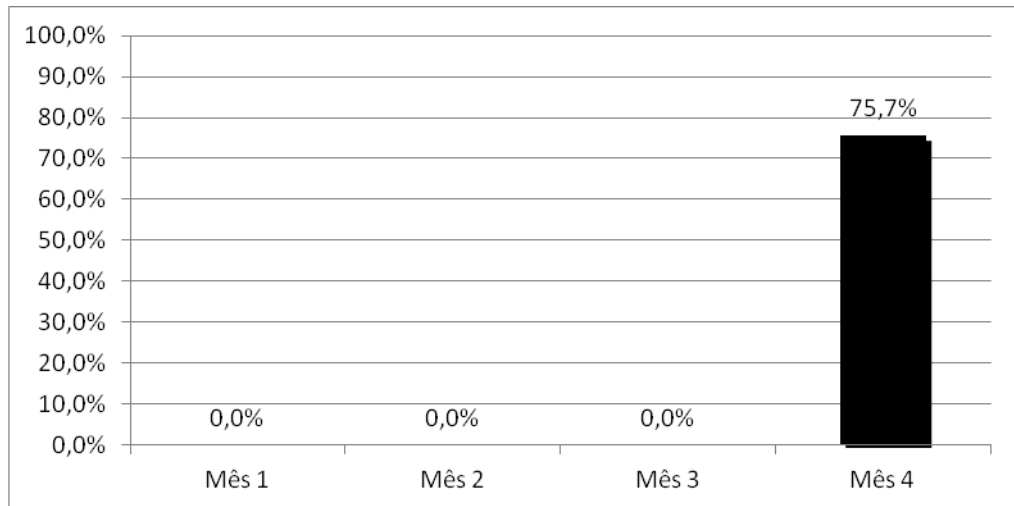


Figura 14. Gráfico da proporção de idosos com avaliação de necessidade de prótese em dia, UBS Ernesto Che Guevara do município de Umbaúba, 2013

Antes da intervenção não haviam ações voltadas à saúde bucal, porque não havia uma atenção adequada à pessoa idosa. Os idosos eram assistidos conforme as patologias que possuíam e não havia uma atenção integral.

Nas orientações individuais sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) dos idosos cadastrados com primeira consulta odontológica programática no último mês foi de 118,9%, 88 idosos de 74 com consulta programática receberam orientações.

Idosos que não receberam consulta programática também receberam orientações.

Este indicador só conseguiu ser realizado ao final da intervenção quando implantada a assistência à saúde bucal. Não tínhamos equipe de saúde bucal até o último mês de intervenção. Para a ESF fica complicado realizar orientações sobre saúde bucal, pois não contávamos com ESB, e quando o usuário questionava alguma afecção, a equipe não tem uma conduta resolutiva, deixando o usuário desassistido. As orientações para cuidados com saúde bucal, pode prevenir agravos à saúde.

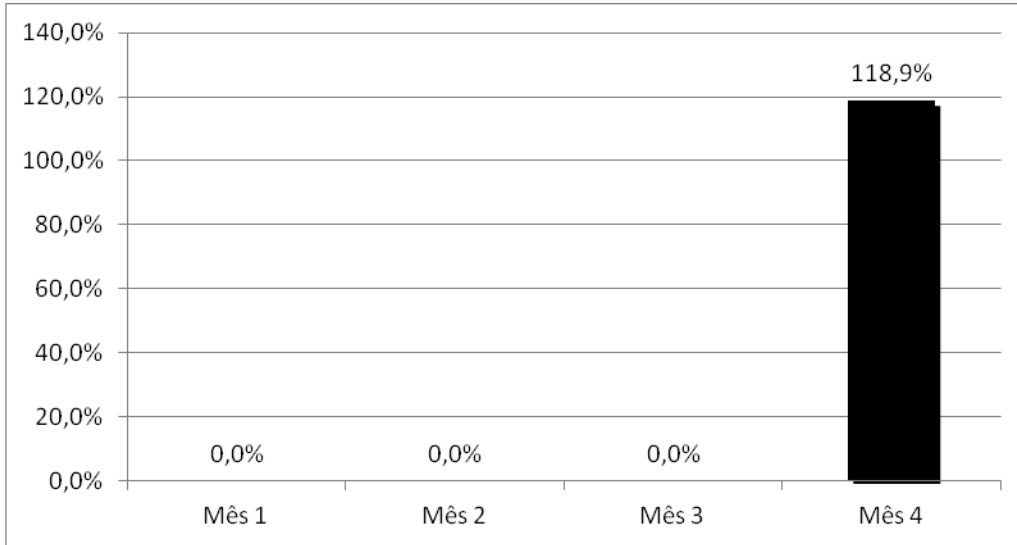


Figura 15: Gráfico da proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia, UBS Ernesto Che Guevara do município de Umbaúba, 2013

Dos idosos cadastrados com primeira consulta odontológica programática no ultimo mês foi de 88 idosos (118.9%) de 74 com consulta programática foram avaliados por risco em saúde bucal. Isto foi devido a que idosos que não receberam consulta programática também receberam orientações. Este indicador só conseguiu ser realizado ao final da intervenção quando implantada a assistência à saúde bucal.

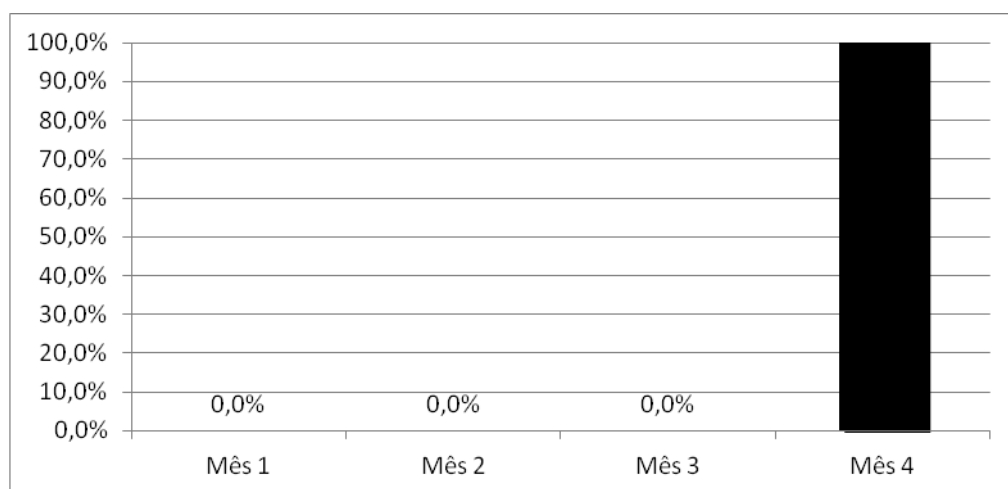


Figura 16 - Gráfico da Proporção de idosos com avaliação de risco em saúde bucal em dia, UBS Ernesto Che Guevara do município de Umbaúba, 2013

Para alcançar a melhoria nos registros foi proposto como meta ter o 100% das fichas espelho em dia . No primeiro mês 139 (56,7%) fichas de 2245 idosos cadastrados estiveram em dia. No segundo mês 189 (64,1%) de 295 idosos cadastrados estiveram em dia no terceiro mês 240 (69,4%) de 346 idosos cadastrados estiveram em dia e no quarto mês 313 (72,1%)

Antes da intervenção não havia ficha espelho para atendimento a idosos, os registros eram realizados no prontuário clínico. Justifica-se porque não havia atendimento específico à pessoa idosa.

A meta proposta não foi alcançada porque não havia disponibilidade da ficha em todos os atendimentos, uma vez que, a ficha não foi incluída para reprodução junto a gráfica e a autora ficou responsável por reproduzi-la na secretaria de saúde. A proposta foi apresentada para o gestor, porém ainda não foram reproduzidas as fichas.

A ficha espelho é uma ferramenta de grande importância, pois através deste é possível comparar o idosos em cada atendimento, ficando mais fácil de identificar alguma alteração. Apesar dessa importância essa estratégia de melhoria nos registros não foi adotada pela gestão municipal por enquanto, justificando que nem sempre esteve a disposição para o uso durante a intervenção.

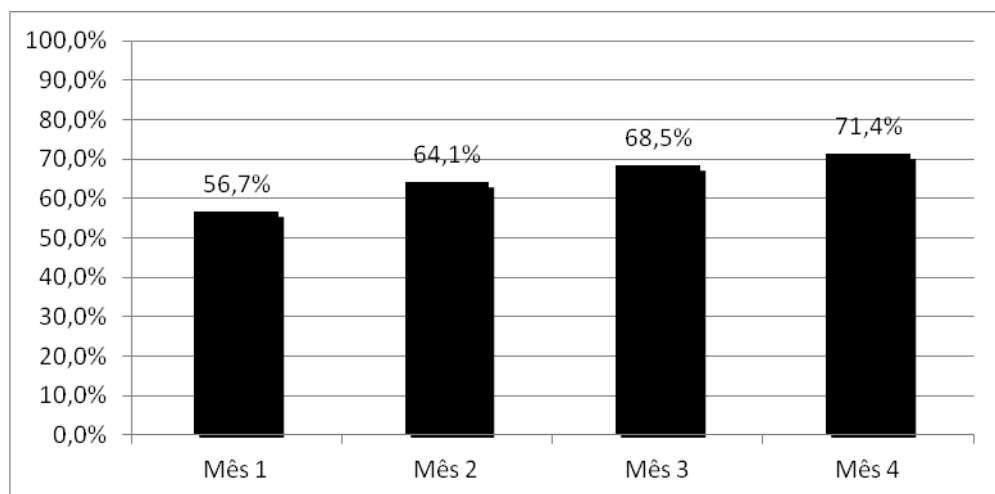


Figura 17 - Gráfico da proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia, UBS Ernesto Che Guevara do município de Umbaúba, 2013

A intervenção tinha como meta a distribuição da caderneta do idoso a 100% dos idosos cadastrados. Porém esse indicador não foi alcançado porque a secretaria municipal de saúde dispõe de cartões (ANEXO 1) usados para idoso, o hipertenso e diabéticos.

Antes da intervenção eram usados cartões específicos para registros de atendimentos a idosos, hipertensos e diabéticos, nesse cartão há espaços para o preenchimento da avaliação multidimensional rápida, registros de medicamentos, exames e agendamento de nova consultas, porém o que falta nesse cartão é o preenchimento adequado e as orientações sobre o processo do envelhecimento, que estão disponíveis na caderneta da pessoa idosa.

A secretaria da saúde preferiu permanecer com o cartão já existente, quando a autora acionou a secretaria de saúde do estado para que houvesse uma revisão dessa forma de registro, foi informado de que não havia uma referência no estado. Por isso permaneceu os registros nos cartões quando disponibilizados.

Para garantir uma melhoria nos registros 100% (n=431) dos idosos cadastrados no programa receberam o cartão espelho disponibilizados pela secretaria de saúde. Os idosos portadores de diabetes e/ou hipertensão já possuíam o cartão sendo necessário atualizá-los.

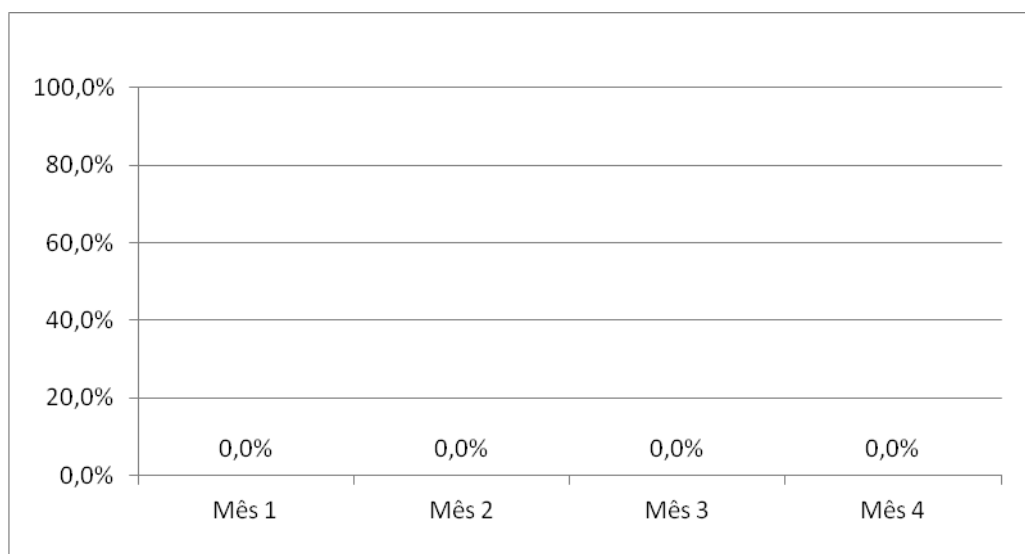


Figura 18 - Gráfico da proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa UBS Ernesto Che Guevara do município de Umbaúba, 2013

Outra meta a ser alcançada era rastrear 100% (n=434) dos idosos cadastrados avaliados para o risco de morbimortalidade.

Dos idosos cadastrados foram avaliados no primeiro mês 239 (97,6%), no segundo mês 289 (98%) , no terceiro mês 323(93,4%) e no quarto mês 396(91,2%) (n=).

Antes da intervenção não havia uma avaliação de risco para a morbimortalidade porque não havia atendimento integral a pessoa idosa. Os idosos eram assistidos conforme sua sintomatologia e ou diagnóstico definido. .

A meta não foi alcançada porque devido a demanda muito grande o autor não conseguiu identificar, junto com o idoso, os riscos existentes, mas como o acompanhamento será contínuo após a intervenção a identificação desses riscos serão alcançados.

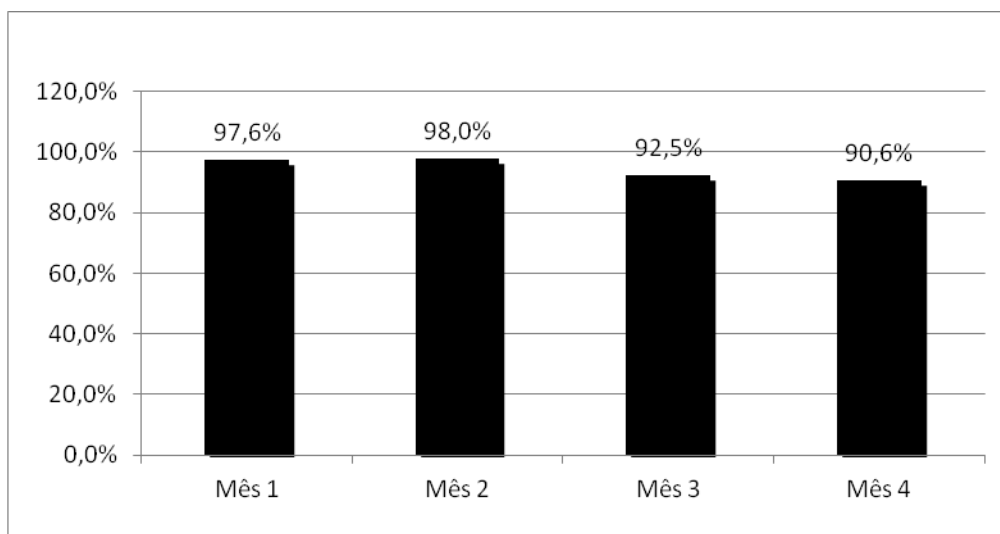


Figura 19 - Gráfico da proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia da UBS Ernesto Che Guevara do município de Umbaúba, 2013

Outra meta foi investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas cadastradas no programa.

De todos os idoso cadastrados no programa, este indicador alcançou no primeiro mês 99,6% (n=244), no segundo mês 99,7% (n=294), no terceiro mês 99,7% (n=345) e no quarto mês 96, 3% (n=418).

Antes da intervenção não eram apontadas as fragilidades na velhice porque não havia um atendimento integral à pessoa idosa. Muitos idosos apresentam limitações que se identificadas precocemente, preveniriam acidentes e lesões, que poderiam provocar problemas na saúde da pessoa idosa.

O resultado não foi alcançado em sua totalidade devido à falta dos idosos à consulta programada e apesar da busca ativa não retornaram ao serviço para a consulta em outra oportunidade.

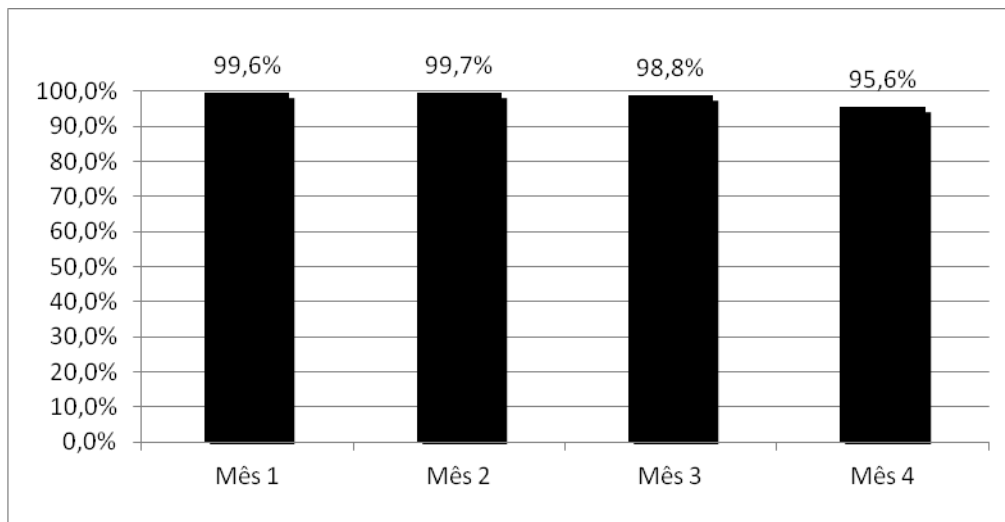


Figura 20 - Gráfico da proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia, UBS Ernesto Che Guevara do município de Umbaúba, 2013

Para o indicador que avaliar a rede social dos idosos a meta era de 100% dos idosos cadastrados no programas.

Foram alcançados no primeiro mês 100% dos idosos cadastrados (n=245), no segundo mês 100% (n=295), no terceiro mês 100% (n=346) e no quarto mês 96,5% (n=419).

Antes da intervenção não havia um atendimento ao idoso que pudesse buscar a rede social dos idosos, o máximo de conhecimento que se tinha era do acompanhante que algumas vezes não são familiares, são vizinhos. Como o atendimento era em demanda espontânea devido alguma patologia agudizada não havia esse cuidado em saber em meio familiar esse idoso vive.

Nem todos os idosos foram assistidos nesse indicador devido à falta dos idosos às consultas agendadas. O sucesso do alcance desse indicador foi possível porque os idosos sentem satisfação em relatar seu convívio social sendo ele agradável ou não.

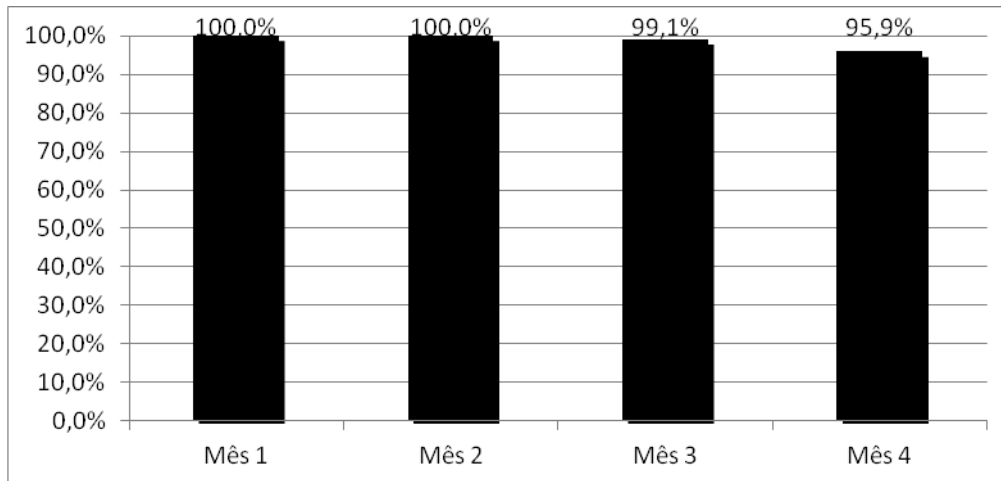


Figura 21 - Gráfico da proporção de idosos com avaliação de rede social em dia, UBS Ernesto Che Guevara do município de Umbaúba, 2013

Foi proposta a meta de garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas cadastradas no programa. Receberam orientação no primeiro mês todos os idosos cadastrados (n=245), no segundo mês os 295 (100%), no terceiro mês os 343 (99,1%) de 346 idosos cadastrados e no quarto mês 416 (96,5%) de 434 (95,9%) dos idosos cadastrados.

Antes da intervenção as orientações para hábitos alimentares saudáveis se restringia a idosos hipertensos e diabéticos. Isso acontecia porque não havia atendimento para a promoção da saúde e sim para a prevenção de agravos de patologias já existentes.

O sucesso da intervenção se deu pelo fato dos idosos aderirem e possuírem uma cultura de cuidados com a alimentação, apesar de existir tabus e mitos que podem levar a uma alimentação deficitária em alguns nutrientes, cabendo ao profissional esclarecer algumas dúvidas e incentivar a adoção de hábitos mais saudáveis. Há idosos que possuem hábitos alimentares que se não corrigidos podem gerar o aparecimento de condições ou doenças.

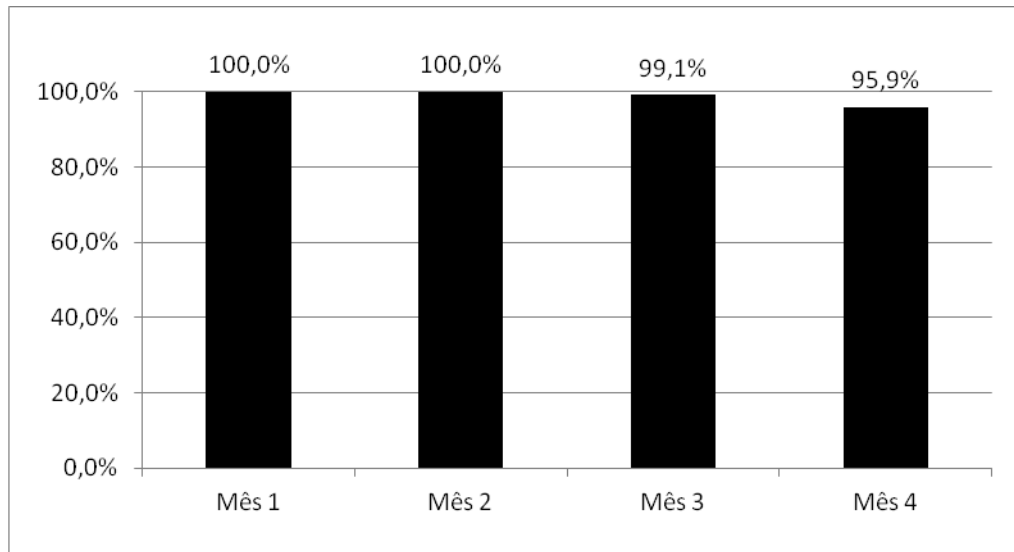


Figura 22 - Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis, UBS Ernesto Che Guevara do município de Umbaúba, 2013

A orientação para a prática de atividade física regular também foi proposta para a intervenção, cuja meta era de 100% dos idosos cadastrados no programa. Foram orientados no primeiro mês 238 (97,1%) de 245 idosos cadastrados, no segundo mês 288 (97,6%) de 295 idosos cadastrados, no terceiro 339 (97,1%) de 346 idosos cadastrados e no quarto mês 412 (94,2%) de 434 idosos cadastrados da área.

Antes da intervenção já eram dadas orientações para a prática de atividade física pelos profissionais do NASF, porém não era expandido para todos os idosos. Após a intervenção foi possível alertar os idosos sobre a importância da atividade física em todos os momentos da vida e realizar matriciamento com o NASF.

A meta não foi alcançada em sua plenitude porque alguns idosos relataram que recebem orientações dos profissionais de educação física do NASF. Uma vez que, estes já recebem as orientações por profissionais qualificados para isto, a autora não quis inserir mais informações, porém ressaltou a importância da continuidade das atividades e que há ações que não precisam necessariamente de um profissional e que podem ser realizadas por todas as pessoas.

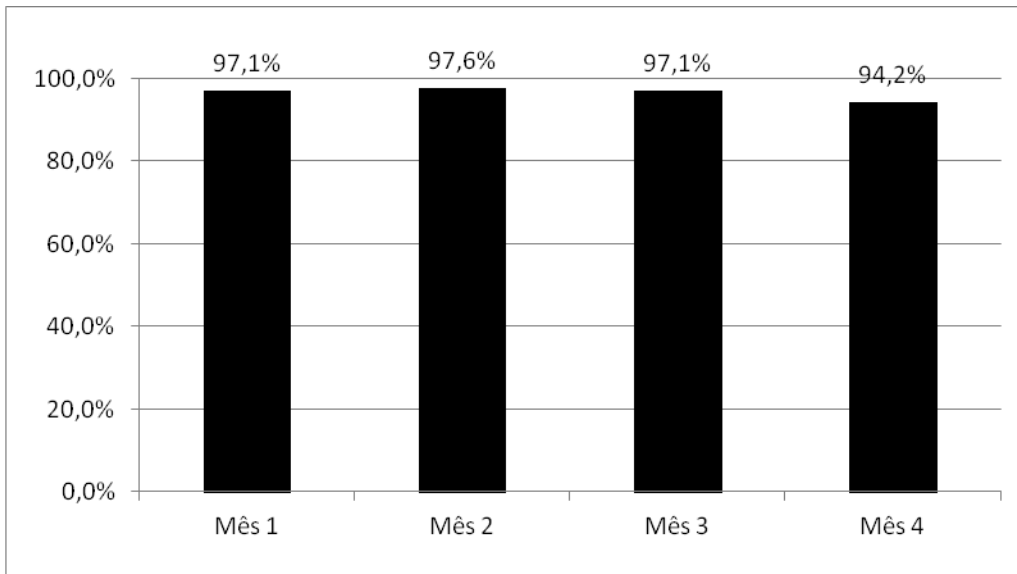


Figura 23 - Gráfico da proporção de idosos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular, UBS Ernesto Che Guevara do município de Umbaúba, 2013

Foi proposto que o 100% dos idosos cadastrados participem em ações coletivas de educação em saúde bucal.

No primeiro de mês participaram 96,3% (n=236), no segundo mês 96,9% (n=286), no terceiro mês 86,4% (n=299) e no quarto mês 84,6% (n=367) idosos. Estes resultados foram graças à participação de acadêmicos de odontologia estar realizando estágio curricular no município.

Antes da intervenção, as ações coletivas de saúde bucal eram direcionadas aos escolares e não aos idosos. A saúde bucal precisa ser inserida em todas as faixas etárias, uma vez que, cada faixa etária apresenta singularidades específicas que podem alterar a saúde bucal.

Conforme resultado apresentado, a proposta de cobertura da intervenção pode não ter alcançado a meta proposta, mas os indicadores de qualidade da assistência obtiveram uma grande melhora. Vale ressaltar que a ação programática não acontece no município, sendo assim incorporado ao serviço, apresentando dificuldades na atuação dos profissionais envolvidos na intervenção devido à falta de

experiência. Pretende-se com esse resultado incentivar a gestão a incorporar o atendimento à pessoa idosa dentro das ações programáticas.

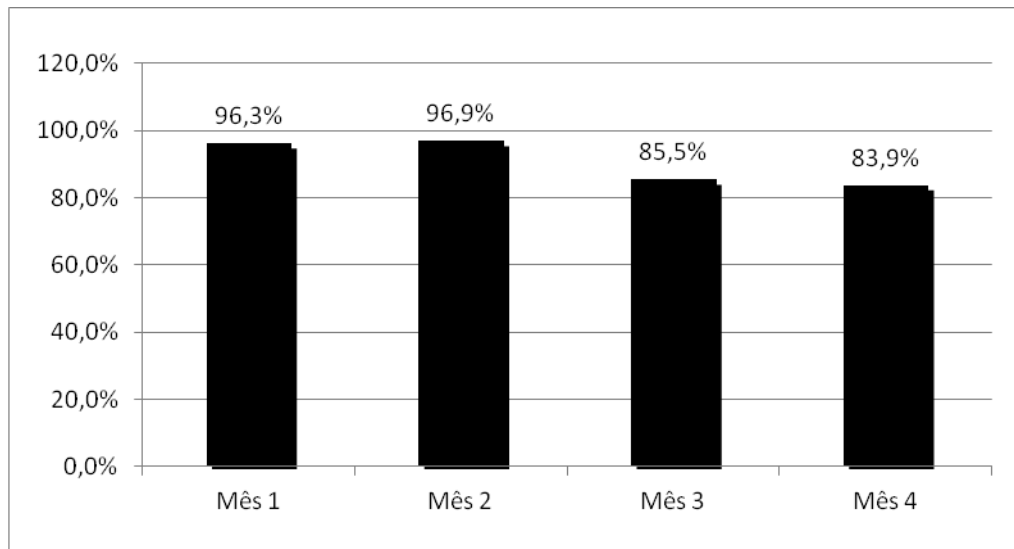


Figura 24 – Gráfico da proporção de idosos com participação em ações coletivas de educação em saúde bucal, na UBS Ernesto Che Guevara no município de Umbaúba.

4.2- Discussão

A intervenção proposta teve como objetivo melhorar a atenção à saúde do Idoso na UBS Ernesto Che Guevara de La Sierra do município de Umbaúba.

A intervenção no município de Umbaúba assume um papel de novidade, pois uma ação programática destinada à saúde da pessoa idosa não constava nas ações agendadas pelas equipes de SF, o que demonstra que não havia uma ação programada para a prevenção de doenças e promoção da saúde para pessoas com mais de 60 anos, revelando um déficit na assistência à saúde conforme preconizada pelo MS.

Graças à intervenção houve melhorada adesão dos idosos ao Programa de Atenção à Saúde do Idoso, a qualidade da atenção ao idoso na unidade de saúde; melhora dos registros das informações; mapeamento dos idosos de risco da área de abrangência e promoção da saúde.

Os registros dos atendimentos aos idosos saudáveis se restringiam a atendimento por demanda espontânea, isso declara que os idosos só procuram atendimento quando apresentam alguma doença ou intercorrência. Estas informações estavam no prontuário clínico, o que dificulta o acompanhamento desse idoso em sua plenitude como também o processo do envelhecimento. Com a implantação da ficha espelho ficou mais fácil acompanhar e organizar os registros, e a avaliação multidimensional rápida propiciou uma visão ampliada dos idosos do município.

Na avaliação multidimensional rápida foi possível identificar que muitos idosos estão com déficit de memória, mas não percebem o quanto isto pode afetar sua qualidade de vida, a importância desse indicador nos incentiva a promover ações que estimulem a memória. Outro dado importante foi a aplicação da escala de depressão geriátrica ficou evidenciado que muitos idosos podem vir a desenvolver alguma depressão, para o município a depressão é ignorada nessa faixa etária. Daí a importância do desenvolvimento de ações voltadas aos idosos, principalmente a disponibilidade de informações sobre o assunto para maior esclarecimento da população.

Para as equipes de SF, a intervenção alertou-as a programar-se conforme preconiza o ministério da saúde e acrescentaram em seu cronograma de atividades a assistência à pessoa idosa e ao envelhecimento. A intervenção serviu como promotor de uma educação permanente e continuada dos profissionais que, para prestarem uma assistência adequada precisaram rever e conhecer alguns protocolos do MS. Todos os profissionais das equipes SF atuaram conforme suas atribuições durante a intervenção: o ACS na busca pelos idosos de sua microárea e agendamento das consultas, os auxiliares de enfermagem garantiram a pré-consulta qualificada que facilitaram as consultas e proporcionaram maior tempo para a escuta qualificada. As enfermeiras e os médicos que atenderam conforme protocolo do ministério da saúde. A atuação e comprometimento dos profissionais refletiram no resultado da intervenção e certamente na atenção às pessoas idosas.

A intervenção acionou uma ação que já deveria está inserida nas ações programáticas. Isso gera um impacto positivo, pois estamos atuando conforme preconiza o ministério da saúde e atendendo a uma demanda cada vez maior em

nossa sociedade. Porém o acompanhamento da saúde de uma pessoa idosa pode prevenir doenças e agravos que repercutiram tanto na vida do próprio idoso quanto nos indicadores do município.

Para a comunidade, a intervenção despertou no público alvo, que vem aumentando cada vez mais, que a assistência à saúde não se restringe a estar doente e sim a um monitoramento do processo de envelhecimento detectando precocemente doenças e/ou agravos ocorridos nessa fase da vida. Com a maturação da intervenção, a população irá perceber quão são importantes as ações de prevenção a doença e promoção de saúde e assim criar o hábito de cuidar-se antes de adoecer. Durante a intervenção, os idosos identificaram, em seu modo de vida, fragilidades e potencialidades que interferem na sua saúde.

Caso a intervenção fosse iniciada hoje, eu buscaria reduzir o número de idoso para serem assistidos pela intervenção, pois o objetivo de abordar todas as equipes de SF da zona urbana dificultou a organização, o alcance da meta e gerou um desgaste físico no autor. A proposta da intervenção seria discutida com maior persistência com o gestor e coordenação de atenção básica, para que houve um apoio maior diante das demais equipes quanto à importância da intervenção. Seriam destinados maiores momentos de educação permanente com as equipes de SF para podermos discutir as dificuldades apresentadas, as potencialidades e as fragilidades, com o objetivo de manter os profissionais motivados à continuidade da intervenção.

Para a melhoria da ação programática é necessário uma contínua sensibilização tanto da gestão quanto dos trabalhadores da saúde a fim de garantir a continuidade e eficácia da ação. A providência do material necessário para o atendimento para promover um atendimento completo. Estender a ação a todas as equipes de SF, para que a assistência à família seja plena.

As ações coletivas, alcançaram maior sucesso durante as intervenção , promoveram um ambiente de troca de saberes muito enriquecedor. Os idosos puderam através do dialogo com outros idosos rever conceitos e crenças, assim como para nós profissionais de saúde foi uma experiência única, conhecer o que a realidade ensina, as mais diversas formas de sobrevivência e as mais diferentes formas de ver a velhice.

A maior dificuldade encontrada durante a intervenção foram as mudanças ocorridas na UBS e nas equipes, toda mudança requer um tempo para a adaptação e essas mudanças podem gerar um desconforto e alterar os ânimos, acredito que essa possa ser uma das causas para a diminuição do apoio das demais equipes e da gestão. A intervenção já foi uma mudança, mas que no início teve boa aceitação, porém no decorrer da intervenção foi possível observar que o entusiasmo não era o mesmo, dificultando o andamento da intervenção.

A viabilidade da intervenção ser incorporada com eficácia pelo serviço já foi discutida com a coordenação e equipes de SF. Porém ainda, não houve uma implementação oficial por parte da gestão da ação programática.

4.3. Relatório para a Gestão

A intervenção visou a melhoria da atenção à pessoa idosa e ao envelhecimento. A proposta era atender a todas as pessoas com mais de 60 anos residentes na zona urbana do município de Umbaúba e assistidas pela UBS Ernesto Che Guevara. Após a busca ativa dos ACS foram identificados 1600 idosos, destes 112 apresentam problemas de locomoção. No município de Umbaúba a atenção à pessoa idosa não está inclusa nas ações programáticas das equipes de SF.

A intervenção ocorreu durante 04 meses. Foram utilizados os manuais recomendados pelo Ministério de Saúde, elaborados para assistir as pessoas idosas. O trabalho de uma equipe de saúde da família permitiu o cadastro de 27,1% (n=434) dos idosos da área de abrangência da UBS. A intervenção permitiu programar ações orientadas à saúde do idoso como parte da rotina na UBS. Antes intervenção ações orientadas à saúde do idoso não existiam. Do total de idosos cadastrados, 53 receberam atendimento domiciliar. Os idosos com problema de locomoção eram antes negligenciados.

No decorrer dos atendimentos ficou evidenciado a carência de assistência prestada aos idosos que não possuem doença, a falta de informação que possam identificar fatores de risco para o desenvolvimento de doenças durante o envelhecimento, as limitações e as potencialidades apresentadas por estes em uma

fase onde não se avalia somente a parte física, mas o convívio social e as alterações psicológicas. Durante a avaliação multidimensional rápida foi identificada a carência afetiva dos idosos, bem como um déficit de memória considerável e não aceitação da condição de idosos e de alguns cuidados referentes à idade.

Os idosos se mostraram receptivos e aderiram as ações. Eles são ativos, praticam atividade física, buscam atividades de lazer, gostam de conversar, porém só buscam o serviço de saúde quando estão doentes. Daí a importância de manter a qualidade de vida desses idosos, prevenindo doenças e/ou agravos e promovendo a saúde. Todos os indicadores mostraram resultados adequados.

A marcação de exames periódicos apresentou deficiências, assim como e a assistência odontológica que até o final da intervenção não estava inclusa nas ações programáticas. A falta de alguns medicamentos na farmácia básica também sinaliza que a assistência não está sendo plena ao idoso no município, pois foram alcançados até o final da intervenção 77,9% dos idosos cadastrados que com acesso aos medicamentos prescritos. Apesar dos idosos receberem aposentadoria, é de obrigação do município garantir a continuidade de um tratamento através dos medicamentos da farmácia básica. A funcionalidade do NASF ficou evidente durante as orientações de práticas de atividade física. Os idosos relataram que realizam as atividades conforme orientação do profissional de educação física, portanto pode-se pensar em ampliar os profissionais do NASF para atender a demandas apresentadas pelos idosos como, por exemplo, um atendimento psicológico.

Apesar de somente uma das equipes ter participado da intervenção, os resultados são satisfatórios. Porém ainda falta co-responsabilidade dos colegas e dos ACS à pessoa idosa. A gestão colaborou com a intervenção permitindo que esta fosse aplicada na UBS do município, como também providenciou os materiais para o exame de glicemia capilar, balança e demais materiais, consultou junto a secretaria do estado da saúde a disponibilidade da caderneta da saúde da pessoa e cogitou a possibilidade de implantá-la no município em um futuro próximo. Também disponibilizou um automóvel para as visitas domiciliares e aceitou o ingressos dos acadêmicos para as ações coletivas. Algumas limitações podem ser relatadas como as relacionadas à própria problemática que o município apresenta, de não assistir a toda a população, de não estar o quantitativo de equipes de SF suficiente para

atender a toda a população e questões burocráticas que dificultam o acompanhamento das ações, como por exemplo, a impressão das fichas espelho e as cadernetas da pessoa idosa que precisa de licitação e isso só acontece uma vez ao ano. O atendimento clínico por demanda espontânea é registrado no prontuário clínico. Essa forma de registro dificulta o acompanhamento do processo de envelhecimento do idoso. O MS sugere a adoção do cartão espelho do idoso que fica anexado à sua pasta família e sempre que houver atendimento, as informações são transferidas para as fichas espelho e para a caderneta da pessoa idosa. Porém o município não apresentou interesse nessa metodologia de registros, talvez por falta de incentivo.

A gestão precisa manter uma educação permanente no município, para garantir uma assistência mais efetiva e promover um ambiente de trabalho motivador.

A atenção a saúde da pessoa idosa foi inserida como parte das ações programáticas realizadas pela ESF e não pode ser negligenciada. O cenário nacional exige que os idosos tenham uma atenção especial para que estes vivam mais e melhor, prevenindo-se doenças e agravos que podem gerar uma diminuição da qualidade, assim como custos aos serviços de saúde. Vale ressaltar que quando um idoso é acometido de alguma patologia, dificilmente este terá uma recuperação plena e sem sequelas. O usuário idoso precisa ser visto como um ser produtivo e precisa ser inserido em todos os segmentos da sociedade principalmente da saúde. A intervenção aponta para uma necessidade apresentada pelo município, uma atenção direcionada à pessoa idosa, é importante que a gestão tenha conhecimento de que não basta uma intervenção momentânea, mas sim uma atuação permanente. É importante que a gestão continue apoiando a ação programática e buscando implantá-la no município para todas as equipes.

4.4. Relatório para a Comunidade

A população idosa de Umbaúba foi assistida por uma intervenção que propunha melhorar a assistência da pessoa idosa no município. A proposta foi atender a todas as pessoas com mais de 60 anos residente na zona urbana do município de Umbaúba e assistido pela UBS Ernesto Che Guevara. A intervenção

ocorreu durante 04 meses. Após a busca ativa foram identificados 1600 idosos, destes 112 apresentam problemas de locomoção.

No município de Umbaúba, as pessoas com 60 anos ou mais não procuram atendimento médico desde que estejam doentes, ou seja, portadores de doença crônica. A atenção à pessoa idosa não faz parte das ações programáticas das equipes de SF. Graças ao trabalho de uma equipe de saúde da família, foram atendidos 27,1% (n=434) dos idosos cadastrados na intervenção.

No decorrer dos atendimentos ficou evidenciado a carência de assistência prestada aos idosos que não possuem doença, a falta de informação que possuíamos para identificar fatores de risco para o desenvolvimento de doenças durante o envelhecimento, as limitações e as potencialidades apresentadas por estes em uma fase onde não se avalia somente a parte física, mas o convívio social e as alterações psicológicas. Durante a avaliação multidimensional rápida foi identificada a carência afetiva dos idosos, bem como um déficit de memória considerável e não aceitação da condição de idosos e de alguns cuidados referentes à idade muitos dos usuários idosos cadastrados da área, são ativos, praticam atividade física, buscam atividades de lazer, gostam de conversar. Porém só buscam o serviço de saúde quando estão doentes. A queixa maior foi a marcação de exames periódicos que segundo os idosos demora muito. A falta de cuidado com a saúde bucal também ficou evidenciada, assim como a falta de alguns medicamentos na farmácia básica.

Os idosos não costumam ter uma alimentação saudáveis. Muitos não sabem aproveitar as propriedades dos alimentos e acabam perdendo as propriedades benéficas dos alimentos durante o preparo. Quando apresentado o cartão de acompanhamento os idosos se queixaram de que o mesmo não funciona, que não lembram trazê-lo para as consultas. Alguns dos usuários idosos têm dificuldade de ler e interpretar as anotações daí a falta de interesse em manter o acompanhamento.

A intervenção alertou à comunidade para um assunto que, muitas vezes, é negligenciado, a saúde do idoso. Geralmente as pessoas buscam doenças em idosos, não conhecendo meios de preveni-las. Com a intervenção foi possível notar uma atenção do público alvo, pois estes são os mais interessados na qualidade de

vida na velhice. As ações coletivas foram o auge da intervenção. No momento em que se reúnem, os idosos apresentam suas queixas e compartilham suas dúvidas com os outros e com os profissionais, expõem suas potencialidades e limitações, reforçando que os idosos precisam de atenção de todos os familiares e pessoas do seu convívio. Após a intervenção os idosos e seus familiares foram esclarecidos sobre como conviver bem na velhice e qual a importância da interação de todos de convívio com idoso.

Algumas limitações podem ser relatadas como o déficit de compreensão de orientações sobre nutrição, atividade física, realização de exames. Uma dificuldade observada foi que as orientações dadas nem sempre são aplicadas na prática da vida diária dos idosos, pois estes trazem consigo suas crenças e mitos que podem ser contrários às orientações dadas. Por isso a importância das ações coletivas, é nesse momento em que é posto em dúvida as crenças e mitos pelos próprios idosos e daí é possível os esclarecer.

Para melhorar a assistência prestada é importante que ações coletivas continuem sendo desenvolvidas e que os próprios idosos sejam co-responsáveis pelas ações. As equipes precisam estar abertas ao compartilhamento de saberes e não assumir uma posição de detentor do conhecimento, assim é mais fácil a aplicabilidade das orientações. A comunidade é a protagonista da intervenção, portanto é necessário que esta permaneça buscando o serviço de saúde exigindo ações voltadas ao público idoso. A intervenção foi planejada para ser rotina na UBS e não somente uma ação momentânea. O público alvo é de extrema importância para manter a intervenção e garantir o direito de atendimento à pessoa idosa.

5- Reflexão Crítica do Processo de Aprendizagem

A expectativa inicial era a realização de uma especialização em saúde da família para poder desenvolver uma assistência mais adequada ao usuário, uma vez que, a atenção primária deve ser a porta de entrada do SUS. Mas no decorrer do processo de aprendizagem observei que o curso propunha uma reflexão e mudança do processo de trabalho.

Dentre as minhas limitações, pude desenvolver uma visão ampla da ESF, que não possuía anteriormente. A organização das atividades permitiu observar a realidade, identificar os problemas, propor soluções e avaliá-las. Processo que deveria ser contínuo dos profissionais e da gestão, porém isso não acontece, geralmente trabalhamos em um determinado segmento e ficamos “cegos” ou acomodados com algumas realidades. O curso gerou um despertar e uma visão diferenciada da metodologia de trabalho.

O conhecimento mais detalhado das ações programáticas proporcionou uma melhor assistência ao usuário, mesmo com formação acadêmica não sabemos de forma tão detalhada as ações, apenas seguimos formulários de preenchimento, sem uma reflexão mais apurada dos dados coletados. Antes do curso atuava como uma espécie de robô que preenche fichas para gerar uma produção. Agora é possível assistir o usuário em sua plenitude e singularidade.

A metodologia de ensino adotada pela UFPel é excelente e acompanha a rotina do aluno, além de gerar uma inquietação na tentativa de melhorar a assistência. Os estudos de prática clínica contribuíram para revisão e/ou aprendizado de patologias que nos deparamos na assistência e que muitas vezes não sabemos como agi ou agimos parcialmente. Os casos interativos reforçaram o aprendizado expondo as singularidades dos usuários, nos fazendo refletir sobre a melhor conduta.

Ao realizar a assistência ao usuário, sinto-me mais segura nas condutas tentando detectar as falhas do sistema para poder realizar melhoras. O processo de transformação apresentado no meu método de trabalho , revela quão é importante que todos os profissionais envolvidos na assistência busquem a especialização continua para garantir uma assistência em conformidade com as propostas do SUS.

A autora prefere a prática à escrita, esse posicionamento se dá pelo fato, desta não visualizar a efetividade plena do que está escrito aplicado à prática. Apesar das limitações apresentadas e não superadas, principalmente na descrição escrita das atividades, o aproveitamento foi muito superior ao esperado.

Como profissional eu pude observar que temos ainda o que aprender e que estou longe da perfeição, precisamos nos manter cada vez mais atualizados e

ainda assim teremos situações em que teremos dúvidas de qual conduta realizar. Como pessoa pude notar que cada ser tem algo a ensinar e os mais experientes podem contribuir ainda mais para nossa maturidade pessoal e profissional. A minha relação com a comunidade ficou mais íntima e foi através daí que pude identificar problemáticas não vistas anteriormente, assim como foi possível avaliar a atenção prestada, e sua aplicabilidade.

Durante a intervenção foi observado que muito do que é desenvolvido nos consultórios não saem da UBS, ou seja, nós profissionais não buscamos saber se a orientação ou o tratamento proposto tem condições de ser posto em prática, daí essas condutas só atendem a protocolos e não a real necessidade do usuário.

Referências

ENVELHECIMENTO E SAÚDE DA PESSOA IDOSA. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica Cadernos de Atenção Básica - n.º 19. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília – DF, 2006

ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA E ENVELHECIMENTO. Série Pactos pela Saúde 2006. Volume 12. Brasília – DF, 2010

IDOSO CIDADÃO BRASILEIRO. INFORMAÇÕES SOBRE SERVIÇOS E DIREITOS. Disponível em: bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/idoso_cidadao_brasileiro.pdf. Acessado em: 21/08/2013 às 19:50.

NORMATIZAÇÃO PARA TCC. Disponível em: <http://www.abnt.org.br/>. Acessado em 09/08/2013 às 19:00hs.

ANEXOS

Anexo A. Cartão de Saúde para acompanhamento de idosos, hipertensos e diabéticos no Estado de Sergipe. FRENTE:


ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO											
DATA	Nº	DIABETES MELLITUS						BAIXO	MÉDIO	ALTO	MUITO ALTO
		BAIXO		MODERADO		GRAVE					
		IA	IB	IIA	IIB	IIIA	IIIB				
		Só DM e Control	DM+ C - M Control	Só DM ou só C - M não Control	DM+ C - M mal control	LOA control	LOA não control	H.A leve sem outros FR	1. H.A leve+1 a 2 FR 2. H.A moderada sem FR 3. H.A moderada + 1 a 2 FR	1. H.A leve+3 ou mais FR ou LOA ou DM 2. H.A moderada+3 ou mais FR ou DM ou LOA 3. H.A grave sem outros FR	1. H.A leve+CCA 2. H.A moderada +CCA 3. H.A grave com 1 ou + FR e/ou LOA e/ou DM e/ou CCA
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											

Legenda: DM- Diabetes Mellitus C-M- Co-Morbidades LOA- Lesão de Órgão Alvo HA- Hipertensão Arterial FR- Fatores de Risco
CCA- Condições Clínicas Associadas, incluindo doença cardiovascular ou renal

Fonte: Protocolo de DM do Município de Aracaju e Manual de HA e DM do Ministério da Saúde

HORÁRIO DE MEDICAÇÕES											
MEDICAÇÃO	Em Jejum	Após o café	10:00	Antes do almoço	Após o almoço	16:00	Antes do jantar	Após o jantar	20:00	22:00	
losartana 50mg			2								
HCTZ 25mg			1								
AAS 100mg					1						

Deve ser preenchido à lápis pelo médico ou enfermeiro e autorizado a cada alteração.



ESTADO DE SERGIPE

Direção de Arte: Helma Kátia Designers: Jadsom Alves / Pablo Valença

CARTÃO DE SAÚDE

Diabético Hipertenso Idoso

Nome: Passos da Oliveira

Endereço: Rua Eugenio Santos E. 23

Nasc.: 07-07-1946 67 anos

Município: União de São João

Área: 01 Micro-área: 09

Pontuação Familiar: 5098

Agendamento

Data	Hora	Nome do Profissional	Ass.
31/12/13	6h	Enfermeira 63044672 + 30 ANS	
01/01/14	6h	Enfermeira 63044672 + 30 ANS	
19/02/14	20h	HCTZ + 30 ANS	
05/03/14	6h	Enfermeira 63044672 + 30 ANS	

IDADE/ANOS []	ALTURA []	COM QUEM VIVE <input type="checkbox"/> Sozinho <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Com a Família		ESCOLARIDADE <input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Fundamental <input type="checkbox"/> Superior		ESTADO CIVIL / UNIÃO <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Estável <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Outros		HÁBITOS <input type="checkbox"/> Cigarro <input type="checkbox"/> Álcool <input type="checkbox"/> Sedentarismo				
ANTECEDENTES FAMILIARES <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> HA <input type="checkbox"/> Doenças Coronárias				<input type="checkbox"/> HA <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> ICC <input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> Hanseníase <input type="checkbox"/> Depressão <input type="checkbox"/> Outras								
CONSULTAS												
Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
DATA												
Dieta												
Atividade Física												
PA sentado												
PA deitado												
Temperatura												
Frequência Cardíaca												
Peso												
IMC												
Cintura												
EXAMES												
Glicemia em jejum												
Glicemia pós-prandial												
Hemoglobina glicosilada												
Triglicérides												
Colesterol total												
HDL												
LDL												
Hb/Ht												
Uréia												
Creatinina												
Sódio												
Potássio												
Sumário de urina												
ASSINATURA												
OUTROS EXAMES												
DATA	EXAME		RESULTADO			DATA	EXAME		RESULTADO			
	Microalbuminúria						TSH					
	Mapeamento de Retina						PSA					
	ECG						Sangue Oculto Fezes					
CONTROLE DE VACINAS					ENCAMINHAMENTO P/ CONSULTAS DE ESPECIALIDADES							
GRIPE		ANTI-TETÂNICA			DATA	1	2	3	4	5	6	
____/____/____		1ª	2ª		Odontologia							
____/____/____		____/____	____/____		Oftalmologia							
____/____/____		3ª	Ref		Nefrologia							
____/____/____		____/____	____/____		Cardiologia							
					Angiologia							
					Nutrição							
					Endocrinologia							
					Urologia							
					Ginecologia							
USO DE APARELHOS DE AJUDA						FATORES DE RISCO PARA O IDOSO						
<input type="checkbox"/> Óculos	<input type="checkbox"/> Muleta	<input type="checkbox"/> Bengala		<input type="checkbox"/> Osteoporose		<input type="checkbox"/> Doenças Neurológicas						
<input type="checkbox"/> Aparelho Auditivo	<input type="checkbox"/> Andador	<input type="checkbox"/> Outros:		<input type="checkbox"/> Desnutrição		<input type="checkbox"/> Doenças Vasculares						
<input type="checkbox"/> Dentadura	<input type="checkbox"/> Cadeira de rodas			<input type="checkbox"/> Fraturas								

Anexo C. Planilha de Objetivos, Metas, Indicadores e Ações (planilha eletrônica)

Objetivo Geral: Melhorar a atenção à saúde do Idoso

EIXOS

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	METAS	INDICADORES	MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO	ENGAJAMENTO DO PÚBLICO	QUALIFICAÇÃO PRÁTICA CLÍNICA
1. Ampliar a cobertura de acompanhamento de idosos	1.1. Ampliar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde para X%.	1.1 Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde <u>Numerador:</u> Número de idosos cadastrados no programa <u>Denominador:</u> Número de idosos pertencentes a área de abrangência da unidade de saúde	Monitorar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde periodicamente (pelo menos mensalmente).	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.	1.1. Esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde. 1.2. Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde.	1.1. Capacitar a equipe no acolhimento aos idosos. 1.2. Capacitar os ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço. 1.3. Capacitação da equipe da unidade de saúde para a Política Nacional de Humanização.
	1.2. Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).	1.2. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados <u>Numerador:</u> Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa. <u>Denominador:</u> Número de idosos acamados ou com problema de locomoção pertencentes à área de	Monitorar o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.	3.1. Garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa.	3.1. Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da Unidade de Saúde.	3.1. Capacitar os ACS para o cadastramento de idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda a área de abrangência.

		abrangência da unidade de saúde				
1.3. Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.	1.3. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar <u>Numerador:</u> Número de idosos acamados ou com problema de locomoção que receberam visita domiciliar. <u>Denominador:</u> Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.	Monitorar realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção.	4.1. Organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção.	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.	4.1. Orientar os A sobre o cadastro identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados com problemas de locomoção. 4.2. Orientar os para o reconhecimento casos que necessitam de visita domiciliar.	
1.4. Rastrear X% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).	1.4. Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta <u>Numerador:</u> Número de idosos com medida da pressão arterial na última consulta. <u>Denominador:</u> Número de idosos cadastrados no	Monitorar o número de idosos submetidos a rastreamento para HAS, periodicamente (pelo menos anualmente).	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.	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.	5.1. Capacitar a equipe da Unidade de Saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.	

		programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.				
1.5. Rastrear X% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM).	1.5. Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes <u>Numerador:</u> Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus <u>Denominador:</u> Número de idosos com pressão sustentada maior que 135/80mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.	Monitorar número de idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM, periodicamente (pelo menos anualmente).	6.1. Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM. 6.2. Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.	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.	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.	
1.6. Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para X% dos idosos (com elaboração de plano de tratamento)	1.6. Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática <u>Numerador:</u> Número de idosos da área de abrangência na UBS com primeira consulta odontológica programática (com elaboração de plano de tratamento) <u>Denominador:</u> Número de	Monitorar número de idosos cadastrados na Unidade em acompanhamento odontológico no período.	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	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.	7.7. Capacitar a equipe para realização de acolhimento do idoso de acordo com protocolo. 7.2. Capacitar a equipe para realização de 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	

		idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.		idosos.	7.3. Ouvir a comunidade sobre estratégias para captação de idoso acompanhamento odontológico.	programática para idosos.
	1.7. Fazer visita domiciliar odontológica de X% dos idosos acamados ou com dificuldade de locomoção	1.7. Proporção de idosos acamados ou com dificuldade de locomoção que receberam visita domiciliar odontológica <u>Numerador:</u> Número de idosos da área de abrangência acamados ou com dificuldade de locomoção que receberam VD odontológica. <u>Denominador:</u> Número total de idosos da área de abrangência acamados ou com dificuldade de locomoção cadastrados na unidade de saúde.	Monitorar a cobertura de atendimento odontológico de idosos em cuidados domiciliar na área de abrangência da unidade de saúde.	Organizar as visitas domiciliares para monitoramento das condições de saúde bucal e atendimento clínico odontológico. 8.2. Organizar a agenda para viabilizar procedimentos clínicos odontológicos domiciliares. 8.3. Garantir a disponibilidade de equipamentos e materiais para viabilizar procedimentos clínicos odontológicos domiciliares.	8.1. Ouvir a comunidade sobre estratégias para melhorar acessibilidade e atendimento. 8.2. Esclarecer idosos, familiares e cuidadores sobre a importância da saúde bucal em idosos em cuidados domiciliares.	8.1. Capacitar a equipe para esclarecer à comunidade a importância do atendimento em saúde bucal de idosos em cuidados domiciliares. 8.2. Capacitar as ACS para realização de buscas de idosos em cuidados domiciliares. 8.3. Qualificar a equipe para realizar procedimentos clínicos odontológicos no domicílios. 8.4. Capacitar familiares e cuidadores para favorecer ou realizar a higiene bucal de idosos em cuidados domiciliares.
2. Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Atenção à Saúde do Idoso	2.1. Buscar X% dos idosos faltosos às consultas programadas.	2.1. Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa <u>Numerador:</u> Número de	Monitorar o cumprimento da periodicidade e das consultas previstas no protocolo	1.1. Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos 1.2. Organizar a agenda para acolher os	1.1. Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas. 1.2. Ouvir a comunidade	1.1. Treinar os ACS para a orientação dos idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade. 1.2. Definir com a equipe a periodicidade da

		idosos faltosos às consultas programadas e buscados pela unidade de saúde <u>Denominador:</u> Número de idosos faltosos às consultas programadas.	de atendimento aos idosos adotado pela unidade de saúde.	idosos provenientes das buscas domiciliares.	sobre estratégias para não ocorrer evasão dos idosos (se houver número excessivo de faltosos). 1.3. Esclarecer os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.	consultas.
3. Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na unidade de saúde	3.1. Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de X% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.	3.1. Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia <u>Numerador:</u> Número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida. <u>Denominador:</u> Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.	1.1. Monitorar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anual em todos idosos acompanhados pela unidade de saúde.	1.1. Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropômetro, Tabela de Snellen...). 1.2. Definir as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos.	1.1. Orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável. 1.2. Compartilhar com os pacientes as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social.	1.1. Capacitar os profissionais para o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pela UB. 1.2. Treinar a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida. 1.3. Treinar a equipe para o encaminhamento adequado dos casos que necessitarem de avaliações mais complexas.

	<p>3.2. 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 03 meses para diabéticos.</p>	<p>3.2. Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia <u>Numerador:</u> Número de idosos com exame clínico apropriado. <u>Denominador:</u> Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.</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>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. 2.2. Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.</p>
	<p>3.3. Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em X% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.</p>	<p>3.3. Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia <u>Numerador:</u> Número de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares</p>	<p>Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde. Monitorar o número de idosos hipertensos</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</p>	<p>3.1. Orientar os pacientes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares. 3.2. Orientar os pacientes e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames</p>	<p>3.1. Capacitar a equipe para seguir protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares</p>

		es periódicos. <u>Denominador:</u> Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.	e diabéticos com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade e recomendada.	não realização dos exames complementares preconizados.	complementares.	
3.4. Avaliar acesso aos medicamentos prescritos em X% dos idosos (considerar os idosos sem prescrição de medicamentos como com acesso aos medicamentos)	3.4. Proporção de idosos com acesso aos medicamentos prescritos <u>Numerador:</u> Número de idosos com acesso aos medicamentos prescritos. <u>Denominador:</u> Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.	Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular / Hipertensão.	4.1. Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos. 4.2. Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.	4.1. Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hipertensão e possíveis alternativas para obter este acesso.	4.1. Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes. 4.2. Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hipertensão.	
3.5. Concluir o tratamento odontológico em X% dos idosos com primeira consulta odontológica programada	3.5. Proporção de idosos com tratamento odontológico concluído <u>Numerador:</u> Número de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde com tratamento odontológico concluído <u>Denominador:</u> Número total de idosos da	Monitorar a proporção dos idosos que acessam o serviço odontológico que tem o tratamento odontológico concluído. Avaliar a proporção de atendimentos necessários para	5.1. Organizar a agenda para garantir as consultas necessárias para conclusão do tratamento. 5.2. Garantir com o gestor o fornecimento do material necessário para o atendimento odontológico. 5.3. Garantir junto ao gestor o oferecimento de serviços	5.1. Esclarecer a comunidade sobre a importância de concluir o tratamento odontológico	5.1. Treinar a equipe para diagnosticar e tratar as principais alterações bucais em idosos, como alterações de mucosa; edentulismo; doenças periodontais; hipossalivação; oclusão de raiz. 5.2. Capacitar os profissionais para o manejo dos pacientes idosos. 5.3. Capacitar a	

		área de abrangência cadastradas na unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática	atender a demanda de idosos que acessam o serviço odontológico	diagnósticos e de referência para reestabelecimento da saúde bucal.		equipe de saúde monitorar a adesão dos idosos ao tratamento odontológico
3.6. Avaliar alterações de mucosa bucal em X% dos idosos cadastrados.	3.6. Proporção de idosos com avaliação de alterações de mucosa bucal em dia <u>Numerador:</u> Número de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde com avaliação de alterações de mucosa. <u>Denominador:</u> Número total de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde	Monitorar a prevalência de alterações de mucosa bucal no grupo de idosos. Identificar as alterações de mucosa bucal mais prevalentes nos idosos. Estimar a demanda para consultas no serviço de referência de diagnóstico bucal	6.1. Organizar ações conjuntas em campanhas de vacinação para captar idosos da área não avaliados. 6.2. Disponibilizar material informativo relativo ao auto-exame da boca.	6.1. Esclarecer a população sobre fatores de risco e a importância do auto-exame da boca. 6.2. Esclarecer a população sobre a importância do exame de mucosa pelo profissional de saúde (cirurgião-dentista) durante a consulta.	6.1. Capacitar a equipe de saúde para identificar alterações de mucosa. 6.2. Capacitar a equipe de saúde bucal para selecionar os casos com necessidade de encaminhamento para serviços de referência e para tratar os casos de menor complexidade/alta prevalência.	
3.7. Avaliar necessidade de prótese dentária em X% dos idosos com primeira consulta odontológica	3.7. Proporção de idosos com avaliação da necessidade de prótese em dia <u>Numerador:</u> Número de idosos da área de abrangência cadastrados na UBS com avaliação de necessidade de prótese	Monitorar o número de idosos com necessidade de prótese. 7.2. Avaliar a necessidade de substituição de próteses. Avaliar os tipos de próteses necessárias	7.1. Demandar adequação no consultório dentário para realização da etapa clínica das próteses. 7.2. Solicitar materiais e equipamentos para confecção e manutenção das próteses dentárias na	7.1. Esclarecer a população sobre o uso e manutenção de próteses dentárias. 7.2. Sensibilizar a população sobre a necessidade e o critério de hierarquização dos atendimentos	7.1. Capacitar a equipe para orientar idosos sobre a importância do uso das próteses dentárias. 7.2. Capacitar a equipe de saúde bucal para execução da etapa clínica de confecção e para manutenção de próteses na unidade de saúde.	

		<u>Denominador:</u> Número total de idosos da área de abrangência cadastrados na Unidade de Saúde com primeira consulta odontológica		unidade de saúde.	em função da oferta dos serviços.	
4. Melhorar registros das informações	4.1. Manter registro específico de X% das pessoas idosas.	4.1. Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia <u>Numerador:</u> Número de ficha espelho com registro adequado. <u>Denominador:</u> Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.	Monitorar a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde.	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	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 dos idosos.

				procedimentos preconizados.		
	4.2. Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a X% dos idosos cadastrados	4.2. Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa <u>Numerador:</u> Número de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa <u>Denominador:</u> Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.	2,1. Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa	2.1. Solicitar ao gestor municipal a disponibilização da Cardeneta de Saúde da Pessoa Idosa	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.
5. Mapear os idosos de risco da área de abrangência	5.1. Rastrear X% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.	5.1. Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia <u>Numerador:</u> Número de idosos rastreados quanto ao risco de morbimortalidade. <u>Denominador:</u> Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.	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.	1.1. Orientar os idosos sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco.	1.1. Capacitar os profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa.

	<p>5.2. Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em x% das pessoas idosas.</p>	<p>5.2. Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia <u>Numerador:</u> Número de idosos investigados quanto à presença de indicadores de fragilização na velhice. <u>Denominador:</u> Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.</p>	<p>2.1. Monitorar o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice.</p>	<p>2.1. Priorizar o atendimento idosos fragilizados na velhice.</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>5.3. Avaliar a rede social de 100% dos idosos</p>	<p>5.3. Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia <u>Numerador:</u> Número de idosos com avaliação de rede social. <u>Denominador:</u> Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.</p>	<p>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.</p>	<p>3.1. Facilitar o agendamento e a visita domiciliar a idosos com rede social deficiente</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>

	5.4. Realizar avaliação de risco em saúde bucal em X% dos idosos.	5.4. Proporção de idosos com avaliação de risco em saúde bucal em dia <u>Numerador:</u> Número de idosos da área de abrangência cadastrados na Unidade de Saúde com avaliação de risco em saúde bucal. <u>Denominador:</u> Número total de idosos da área de abrangência cadastrados na Unidade de Saúde com primeira consulta odontológica.	4.1. Monitorar periodicamente os idosos de alto risco identificados na área de abrangência.	4.1. Priorizar atendimento de idosos de alto risco (ex.: higiene bucal deficiente, dieta rica em açúcares, tabagismo, doenças imunodepressíveis, condições sistêmicas como diabetes e hipertensão).	4.1. Orientar a comunidade, famílias com idosos e idosos sobre os fatores de risco para saúde bucal e suas conseqüências.	4.1. Capacitar os profissionais para identificação de fatores de risco para saúde bucal.
6. Promover a saúde	6.1. Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a X% das pessoas idosas.	6.1. Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis <u>Numerador:</u> Número de idosos com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis. <u>Denominador:</u> Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.	1.1. Monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos. 1.2. Monitorar o número de idosos com obesidade / desnutrição.	1.1. Definir o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.	1.1. Orientar os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis.	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.

	6.2. Garantir orientação para a prática de atividade física regular a X% idosos.	<p>6.2. Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular</p> <p><u>Numerador:</u> Número de idosos com orientação para prática de atividade física regular.</p> <p><u>Denominador:</u> Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.</p>	<p>2.1. Monitorar a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos.</p> <p>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>	2.1. Orientar os idosos e a comunidade para a realização de atividade física regular.	2.1. Capacitar a equipe para orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular.
	6.3. Garantir orientações individuais sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para X% dos idosos cadastrados com primeira consulta odontológica programática.	<p>6.3. Proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia</p> <p><u>Numerador:</u> Número de idosos da com primeira consulta odontológica com orientação individual de cuidados de saúde bucal.</p> <p><u>Denominador:</u> Número total de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde com primeira consulta odontológica.</p>	4.1. Monitorar as atividades educativas individuais.	4.1. Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.	4.1. Orientar os idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias.	4.1. Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias.

	<p>6.4. Garantir ações coletivas de educação em saúde bucal para X% dos idosos cadastrados.</p>	<p>6.4. Proporção de idosos com participação em ações coletivas de educação em saúde bucal <u>Numerador:</u> Número de idosos com participação em ações coletivas de educação em saúde bucal. <u>Denominador:</u> Número total de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde.</p>	<p>5.1. Monitorar as atividades coletivas de educação em saúde bucal para idosos cadastrados.</p>	<p>5.1. Organizar temas de interesse para os idosos cadastrados no programa de saúde bucal. 5.2. Elaborar e programar uma sequência de palestras para divulgação .</p>	<p>5.1. Informar a população sobre a importância da participação nas atividades educativas. Identificar junto à população temas de interesse a serem abordados nas palestras.</p>	<p>5.1. Capacitar a equipe para elaborar e realizar ações coletivas de educação em saúde bucal. Identificar temas favoráveis para desenvolvimento de orientações multiprofissionais.</p>
--	---	---	---	---	---	--