

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 8



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa na UBS Gila Almeida, Jacobina
do Piauí/PI**

Tomás Eladio Rosell Hernández

Pelotas, 2015

Tomás Eladio Rosell Hernández

**Melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa na UBS Gila Almeida, Jacobina
do Piauí/PI**

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

Orientador: Thiago Santos de Souza

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

H557m Hernandez, Tomas Eladio Rosell

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na UBS Gila Almeida, Jacobina do Piauí/PI / Tomas Eladio Rosell Hernandez; Thiago Santos de Souza, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

84 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Saúde do Idoso 4.Assistência domiciliar 5.Saúde Bucal I. Souza, Thiago Santos de, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Agradecimentos

À equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde Gila Almeida pela ajuda na conquista dos resultados.

À população de Jacobina do Piauí pelo apoio, pelo amor e acolhimento.

Resumo

HERNÁNDEZ, Tomás Eladio Rosell. **Melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa na ESF Gila Almeida, Jacobina do Piauí/PI.** 2015. 82f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial que envolve aspectos referentes à melhoria da expectativa de vida. No Brasil, estima-se que existam 17,6 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. Neste sentido a atenção à saúde do idoso é uma preocupação das políticas públicas de saúde e um desafio para os serviços de atenção básica, o qual tem papel fundamental na promoção do envelhecimento saudável e no controle dos fatores de riscos das doenças próprias dessa faixa etária. O objetivo desta intervenção foi melhorar a atenção à saúde da pessoa idosa na UBS Gila Almeida. A intervenção teve duração de 12 semanas e para sua implementação foi necessário analisar a situação de saúde da comunidade. Esta revelou que no serviço havia falta de registros das ações na saúde do idoso e a não utilização dos protocolos do ministério da saúde específicos para esta população. A equipe 1 assiste a um grupo de 1430 pessoas em sua área de abrangência e dentre estes são estimados 143 idosos. Antes da intervenção somente 58 idosos (40,5%) estavam cadastrados e após o período de intervenção passaram a ser acompanhados 135 (94,4%). Com a intervenção o atendimento que antes era apenas assistencial passou a visar à promoção à saúde e a prevenção de doenças. Dentre os resultados principais destaca-se a adesão dos idosos, dos familiares, dos cuidadores ao programa, os quais participaram de forma ativa nas ações, além disso, conseguiu-se incorporar o conselho de saúde na rotina da unidade, que anteriormente não participava na programação das atividades da UBS, exercendo assim controle social das ações desenvolvidas pelos profissionais. Foram encontrados e avaliados 18 idosos (13,3%) acamados ou com dificuldades de locomoção e destaca-se que o mais relevante foi conseguir que a avaliação fosse integral, com todos os membros da equipe. A incorporação da intervenção à rotina de trabalho da unidade melhorou o processo de trabalho da equipe e uma mudança na atitude dos usuários, das famílias e da comunidade, quanto à procura do atendimento visando à promoção à saúde. O objetivo da equipe segue em busca de atingirmos a cobertura de 100% da população idosa e continuar oferecendo um serviço de qualidade para toda a população do município de Jacobina do Piauí.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Saúde do Idoso; Assistência Domiciliar; Saúde Bucal.

Lista de Figuras

Figura 1	Proporção de idosos cadastrados na USF Gila Almeida do município Jacobina do Piauí/PI, 2015.	58
Figura 2	Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada na USF Gila Almeida do município Jacobina do Piauí/PI, 2015.	59
Figura 3	Proporção de idosos com a primeira consulta odontológica programada na USF Gila Almeida do município Jacobina do Piauí/PI, 2015.	61
Figura 4	Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade na USF Gila Almeida do município Jacobina do Piauí/PI, 2015.	62
Figura 5	Fotografia 1. Exame físico dos pulsos pediosos e tibiais posteriores dos idosos.	75
Figura 6	Fotografia 2 Exame físico dos MMSS dos idosos.	75
Figura 7	Fotografia 3 Avaliação multidimensional rápida dos idosos.	76
Figura 8	Fotografia 4 Avaliação da saúde bucal dos idosos.	76
Figura 9	Criação do Conselho de Saúde Comunitário.	77

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIVD	Instrumentais da Vida Diária
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CRAS	Centro Referência de Assistência Social
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CLISAM	Clínica de Saúde da Mulher
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EaD	Ensino à Distância
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Crônica
HDL	High- Density Lipoprotein
HIPERDIA	Programa de Cadastramento de Hipertensos e Diabéticos
IMC	Índice de Massa Corporal
LDL	Low-Density Lipoprotein
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PA	Pressão Arterial
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

Sumário

Apresentação.....	8
1 Análise Situacional.....	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS.....	9
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	Erro! Indicador não definido.
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	Erro! Indicador não definido.8
2 Análise Estratégica.....	20
2.1 Justificativa.....	19
2.2 Objetivos e metas.....	221
2.2.1 Objetivo geral.....	221
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	221
2.3 Metodologia.....	Erro! Indicador não definido.
2.3.1 Detalhamento das ações.....	243
2.3.2 Indicadores.....	442
2.3.3 Logística.....	508
2.3.4 Cronograma.....	Erro! Indicador não definido.52
3 Relatório da Intervenção.....	Erro! Indicador não definido.3
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	553
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	586
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	586
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	586
4 Avaliação da intervenção.....	597
4.1 Resultados.....	597
4.2 Discussão.....	663
5 Relatório da intervenção para gestores.....	697
6 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	719
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	731
Referências.....	753
Apêndices.....	764
Anexos.....	Er
.....	ro! Indicador não definido.8

Apresentação

O presente volume trata de um Trabalho de Conclusão de Curso da Especialização em Saúde da Família, na modalidade educação à distância (EaD), da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), executado pela equipe de saúde da família um da Unidade Básica de Saúde (UBS) Gila Almeida do município de Jacobina do Piauí no estado do Piauí. O mesmo está composto por sete itens que descrevem cada uma das etapas do processo de construção do trabalho.

O primeiro item é a Análise Situacional que identifica o problema objeto da intervenção. No segundo item tem Análise Estratégica que descreve a intervenção a ser executada, justificando-a, formulando os objetivos, as metas, as ações, os indicadores, a logística e o cronograma de atividades. O terceiro item relata o desenvolvimento da intervenção, a realização ou não das ações previstas, as dificuldades na coleta das informações e analisa brevemente a viabilidade de incorporação das ações previstas na rotina da unidade.

O quarto item apresenta a Avaliação da intervenção, descreve os resultados da intervenção e os discute em seus detalhes. Ainda constam relatórios voltados para os gestores e para a comunidade. O quinto tópico é uma reflexão crítica do processo de aprendizagem do especializando. Ao final, está descrita a lista das referências que serviram de suporte teórico ao trabalho, seus apêndices e anexos.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Minha percepção sobre a unidade de saúde em que eu trabalho é que a infraestrutura da unidade é inadequada, pois possui pouca iluminação e ventilação e o prédio por estar deteriorado (janelas, lousas, banheiros, etc.) é muito antigo. Os corredores são muito estreitos e não apresenta corrimãos, não contém tapetes antiderrapantes para evitar quedas dos usuários, não existem banheiros adaptados para cadeirantes e nem rampas alternativas para garantir o acesso de pessoas idosas e cadeirantes a unidade básica de saúde.

A estrutura física da UBS é composta por: uma recepção, uma sala de espera, uma sala de imunização, cinco banheiros, uma sala de pronto atendimento, uma copa, uma lavanderia, uma sala de esterilização, um consultório odontológico, uma sala de consulta de fisioterapia, uma farmácia, quatro depósitos, uma sala de observação, um posto de enfermagem, dois consultórios médicos e dois de enfermagem, um almoxarifado, uma garagem. A unidade possui uma farmácia que disponibiliza aos usuários do município, medicamentos básicos.

Nossa equipe trabalha como uma equipe multidisciplinar e as ações contemplam promoção, prevenção e assistência à saúde integral. O programa Mais Médicos fortalece a assistência médica aos indivíduos, as famílias e a comunidade.

As barreiras arquitetônicas presentes na unidade limitam a ambiência, já que não reflete em estrutura adequada para uma unidade de saúde. Atualmente, há um planejamento para que nossa unidade passe por reformulações para ajustar o que ainda está fora do padrão em termos físicos.

Apesar disso, todos os locais são devidamente sinalizados com identificação visual o que evita a perda de tempo por falta de informações. As pessoas que precisam ser transferidas (inconsciência, descapacitados, feridos, etc.) são deslocadas em cadeiras de rodas, macas sanitárias até às salas destinadas para receber atenção (sala de enfermagem, salas de observação).

Contudo toda a equipe trabalha para dar o melhor atendimento à população e na busca de resultados que elevem o nível de satisfação da população. E é nessa perspectiva que as atividades são planejadas nos programas de saúde. Com isso, busca-se detectar os fatores de risco das doenças crônicas não transmissíveis para

se ter um melhor acompanhamento de cada usuário e poder atuar sobre esses fatores de risco, melhorando a qualidade de vida das pessoas, devido aos costumes inadequados e aos hábitos que prejudicam a saúde.

Realizam-se consultas com as gestantes, médico e enfermeira, orientando sobre importância da assistência e controle de riscos durante a gravidez e ao futuro bebê, além disso, realizam-se puericulturas, orientam-se os adolescentes em temas como Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e gravidez na adolescência (Saúde na Escola).

Ações de prevenção são desenvolvidas junto a Educação e Promoção Social do Programa Bolsa Família que beneficia as famílias com vulnerabilidade social. Também realizamos visitas domiciliares aos usuários idosos acamados, usuários incapacitados, as puérperas e aos recém-nascidos, assim como o atendimento à população rural distante com condições socioeconômicas vulneráveis e estradas de difícil acesso. A comunidade tem uma boa relação com a unidade e a equipe conta com bom acolhimento, tendo acesso a todas as áreas disponíveis na UBS.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Jacobina do Piauí é um município brasileiro localizado no interior do estado do Piauí situado na região do Alto Médio Canindé. Sua população estimada em 2010 foi de 5.719 habitantes (112 habitantes a menos que 2009). Ocupa uma área de 1.453,0 km², o que resulta numa densidade demográfica de 3,94 habitantes/km². Vizinho dos municípios de Conceição de Canindé, Patos do Piauí e Caridade do Canindé Jacobina do Piauí se situam a 88 km a Sul - Oeste de Araripina (Pernambuco) a maior cidade nos arredores. O município tem uma UBS com Equipe de Saúde da Família (ESF) e tem disponibilidade de Núcleo de apoio à saúde da família (NASF) e Centro de Apoio Psicossocial (CAPS).

Até 2025, segundo a OMS, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos. Ainda é grande a desinformação sobre a saúde do idoso e as particularidades e desafios do envelhecimento populacional para a saúde pública em nosso contexto social. O aumento da expectativa média de vida também aumentou acentuadamente no país. Este aumento do número de anos de vida, no entanto, precisa ser acompanhado pela melhoria ou manutenção da saúde e qualidade de vida.

O Programa do Ministério da Saúde “Brasil Saudável” envolve uma ação nacional para criar políticas públicas que promovam modos de viver mais saudáveis, em todas as etapas da vida, favorecendo a prática de atividades físicas no cotidiano o acesso a alimentos saudáveis e a redução do consumo de tabaco. Estas questões são a base para o envelhecimento saudável, um envelhecimento que signifique também um ganho substancial em qualidade de vida e saúde.

A UBS Gila Almeida se encontra na Avenida Vereador João de Almeida e a mesma não tem disponibilidade de Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), atenção especializada, nem serviço hospitalar. Na unidade se realizam coletas para exames complementares (hemograma completo, colesterol total e frações, triglicérides, ureia, creatina, hemossedimentação, urina, fezes fecais, glicemia VDRL, HIV, grupo e Rh, ácido úrico, TGO, TGP, PAS, fenilcetonúria, citologia oncológica). Essas amostras são enviadas ao município de Paulistana para sua interpretação.

O fluxo de referência das ações e serviços de saúde da UBS é a seguinte: Clínica de Saúde da Mulher (CLISAM) em Picos (Pré-natal alto risco); CEO Jaicós (procedimentos odontológicos secundários); Hospital Regional Justino Luz Picos (procedimentos de média e alta complexidade odontológica, Urgências, Emergências, partos e cesáreos normais); Hospital regional Mariana Pires (Paulistana) e Florisa Silva (Urgências e Emergências, partos e cesáreas normais); CAPS (Paulistana e Picos) Usuários de álcool e drogas; Maternidade Dona Evangelina Rosa (Teresina) Gestação de alto risco.

A UBS é urbana e está estreitamente vinculada ao SUS e tem como seu modelo de atenção à estratégia saúde da família. Na mesma existem três equipes de saúde, cada um composto por: um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um dentista, um assistente de dentista, uma técnica de farmácia e agentes comunitários de saúde (ACS), que sua quantidade varia de acordo a equipe. A equipe um (I) assiste a 1430 pessoas e conta com dois ACS; a equipe dois (II) assiste a 2008 pessoas e conta com cinco ACS; e a equipe três (III) assiste a 2281 usuários e conta com quatro ACS.

A unidade presta seus serviços fundamentada em preceitos do acolhimento e acompanhamento ao pré-natal, puericultura, programa de Atenção à pessoa com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus, Saúde da mulher, Saúde na escola, consultas médicas, consulta de enfermagem, consulta e tratamento odontológico, curativos, dispensação de medicamentos básicos, preservativos e contraceptivos,

encaminhamento a especialidades médicas, exames laboratoriais e preventivos, grupo de educação em saúde, imunização, nebulização, planejamento familiar e teste de pezinho.

Presta serviços de acolhimento com classificação de risco: situação não aguda (cor azul), urgência relativa (cor verde), urgência prioritária (cor amarelo) e situação aguda ou crônica agudizada (cor vermelha). São oferecidas consultas: Hiperdia, puericultura, pré-natal, nutrição, odontologia e fisioterapia.

São priorizados para consultar os idosos de risco, as grávidas, as crianças, as urgências, as emergências, evitando assim burocratizar o acolhimento e o fluxo do usuário na unidade, e para ampliar a resolutividade e a capacidade de cuidado da equipe. Ações que dependem da qualificação de todos os profissionais de saúde para identificar sinais e sintomas suspeitos.

Não podemos deixar de mencionar que não é efetivo o engajamento público para cobrar do gestor as condições de trabalho preconizadas pelo Ministério da Saúde, pois na realidade esses membros da comunidade não exercem controle social das atividades desenvolvidas na unidade.

Em relação às atribuições comuns a todos os profissionais, na UBS ocorre a busca ativa e a notificações de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local. Também são atribuições dos profissionais o acolhimento, o acompanhamento da gestante e bebê (pré-natal e puericultura), a consulta de enfermagem, as consultas médicas, a consulta odontológica, os curativos, a dispensação de medicamentos básicos, dos preservativos e dos contraceptivos, encaminhamento às especialidades médicas, exames laboratoriais e preventivos, grupo de educação em saúde, imunização, nebulização, planejamento familiar, teste de pezinho, tratamento odontológico.

A população da área adstrita da equipe um é de 1430 pessoas.

Os menores de um ano são 15, menores de cinco anos são 42, de cinco a nove anos são 226, de 15 a 59 anos são 1004 e com mais de 60 anos são 143. O tamanho do serviço é adequado e a UBS têm três equipes de saúde e um profissional do Programa, Mais Médicos para assistir a população do município.

Os prontuários passam para o atendimento médico com as diferentes cores da classificação de risco. A vulnerabilidade dos usuários e classificação é de responsabilidade das enfermeiras e dos médicos. A enfermeira supervisora organiza a agenda dos profissionais. Os médicos determinam quando encaminhar/agendar

uma consulta médica; mais de forma geral todos trabalham em equipe na tomada de decisões e por isso é necessário ampliar a capacidade clínica da equipe de saúde, para reconhecer riscos e vulnerabilidades e realizar intervenções oportunas.

Quanto às ações da equipe em relação à saúde da criança, nossa cobertura de atendimento das crianças é de 100%, porém segundo a estimativa populacional deveríamos ter 21 crianças menores de um ano. Segundo o caderno de ações programáticas a estimativa de crianças menores de um ano na área adscrita é 21, mas, apenas 15 nesta faixa etária atualmente são acompanhadas, sendo a cobertura 71%. Os indicadores da qualidade da atenção à saúde da criança, de forma geral, são avaliados como bons, ainda temos que melhorar a realização precoce do teste de pezinho, avaliação dos recém-nascidos na primeira semana de vida e realização da triagem auditiva, que por ser uma prova que deve ser realizada por fonoaudiólogo muitos recém-nascidos chegam a nossa área sem essa avaliação e não temos disponibilidade do profissional na unidade, além disso é difícil conseguir avaliação posterior pela distância do município das cidades de Picos e Paulistana.

Uma boa qualidade da atenção à Saúde da Criança inicia com a captação precoce da criança recém-nascida (ideal nas primeiras 72 horas), exame físico apropriado, avaliação periódica por pediatra, vacinas, desenvolvimento psicomotor, orientações individuais e coletivas sobre temas relacionados com aleitamento materno exclusivo e sua importância, prevenção de acidentes infecção respiratória alta, doença diarreica aguda, indicar suplementos férricos e vitamina A.

Na unidade atualmente são realizados atendimentos de pré-natal, compartilhando as avaliações entre o médico e a enfermeira. Atualmente estamos fazendo acompanhamento e avaliação de risco do 100% das grávidas (21 gestantes, com instrumento de avaliação disponibilizado pela Secretaria Estadual de Saúde do estado do Piauí que inclui aspectos tais como: idade, aceitação da gravidez, paridade, renda familiar, último parto, fator Rh, antecedentes obstétricos como abortos, cesárea, natimorto, prematuro, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, placenta prévia, uso de drogas e doenças de risco. Das grávidas acompanhadas 9 estão no primeiro trimestre, 8 no segundo e 4 no último trimestre da gravidez, todas elas têm realizados os exames complementares pré-natais, seguimento com periodicidade preconizada pelo Ministério da Saúde, participam das atividades de grupo do Programa, aquelas com classificação de alto risco foram encaminhadas ao serviço

de gravidez de alto risco em Teresina. Há uma dificuldade na conscientização da importância da avaliação odontológica, pois temos grávidas faltosas as consultas de seguimento agendado pelo dentista, porém realizamos busca ativa das mesmas no intuito de terminar os tratamentos de saúde bucal.

Enquanto ao seguimento do puerpério a equipe realiza captação precoce (antes das 72 horas) a todas as puérperas ao chegar a nosso município, através de visitas domiciliares multidisciplinar, realizamos exame físico completo que inclui mucosas, aparelho cardio-respiratório, abdômen, aparelho ginecológico (inclui avaliação das mamas, involução uterina e modificação dos lóquios), sinais vitais (temperatura, pressão arterial, frequência respiratória e cardíaca). São oferecidas orientações individuais sobre temas como aleitamento materno exclusivo, cuidados do recém-nascido, puericultura e vacinação e planejamento familiar. Atualmente temos 4 puérperas na área de abrangência da equipe com acompanhamento (100%), todas recebem tratamento profilático com sulfato ferroso e ácido fólico.

A equipe tem a finalidade de cobertura e melhorar a qualidade da atenção ao pré-natal em nossa UBS realiza de forma precoce atividades preventivas e classificação do risco pré-concepcional em toda mulher com vida sexual ativa (com déficit mentais, baixa escolaridade, multiparidade, doenças crônicas, antecedentes obstétricos desfavoráveis). Tentamos também melhorar a capacitação dos ACS para pesquisar amenorréia na comunidade e informar a equipe de saúde para diminuir as captções tardias.

Referente à Prevenção do Câncer de Colo de Útero e Controle do Câncer de Mama podemos destacar que temos uma população feminina de 639 mulheres (44,68%). Nossa equipe assiste 296 mulheres com idade entre 25-64 anos (46.3%) e 90 mulheres com idade entre 50-69 anos (14 %). São realizados os exames para citologia oncótica três vezes na semana e atualmente temos 13 citologias e 48 mamografias com atraso, são mulheres faltosas que se negam a realizar as provas. Contamos com um livro de registro do programa Prevenção do Câncer de Colo de Útero e de câncer de mama.

A equipe trabalha na conscientização das mulheres faltosas sobre a importância da citologia oncótica e mamografia para conseguir que essas mulheres realizem seus exames. São realizadas ações de educação com informações de risco inserindo a comunidade, as famílias e os conselhos de saúde nessas ações. Atualmente não temos mulheres com exame citopatológico alterado.

Em relação à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), na população são estimados 287 hipertensos, mas estão registrados 229 (80%) usuários, porém estamos com os indicadores da qualidade da atenção à HAS bons, os usuários diagnosticados têm um acompanhamento adequado, com avaliação periódica pelo médico e pela enfermeira, com aferição da pressão arterial, medição da circunferência abdominal, peso, IMC, medicações de uso regular, solicitação dos exames complementares preconizados pelo MS.

Ainda devemos incluir na rotina de trabalho da equipe a avaliação do risco cardiovascular individual de cada usuário, pesquisar danos de órgãos alvos e melhorar a qualidade das orientações coletivas oferecidas aos usuários do programa de atenção a pessoa com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Devemos capacitar os profissionais da equipe para pesquisa ativa de hipertensão arterial a toda pessoa maior de 18 anos, ainda, têm dificuldades em realizar diagnóstico precoce de HAS, o que provoca aumento de risco de eventos cardiovasculares. Igualmente temos que melhorar os processos educacionais de nossa população para acrescentar estilos de vida saudáveis.

Referente à Diabetes Mellitus (DM) o estimado para essa população é 82 e temos cadastrados e com acompanhamento 69 (84%). Nossa equipe não inclui na rotina de trabalho a pesquisa ativa de usuários com potencialidade para sofrer da doença por apresentar fatores de risco (pessoas maiores de 45 anos, sobrepeso e índice de massa corporal maior de 25, obesidade central (+102 cm em homens e + 88 cm nas mulheres), HAS (+135/80 mmHg), etc.

Também não se realiza avaliação do risco cardiovascular individual de cada usuário, nem pesquisa de danos de órgãos alvos, o exame clínico não inclui exame físico dos pés e pulsos pediosos e tibiais posteriores porém ainda não é apropriado se temos em conta que processos como neuropatias são muitos frequentes em esses usuários, além disso o mau perfurante plantar é causa de invalidez e incapacidade nos usuários. Porém os profissionais devem ser capacitados não só para aperfeiçoar a qualidade das orientações individuais e coletivas oferecidas aos usuários diabéticos, também na realização do exame clínico apropriado dos usuários.

Referente à saúde do idoso a UBS Gila Almeida ainda não têm implementado o programa na unidade, temos um registro das pessoas idosas acamadas com demanda de atendimento domiciliar, idosos hipertensos, diabéticos e com

transtornos mentais com os seguintes dados: nome, idade, endereço, exames complementares, data de agendamento, que permitiu o preenchimento do Caderno de Ações Programáticas. Não existem fichas espelho para controle e acompanhamento dos usuários, só existe a caderneta de saúde da pessoa idosa os usuários com HAS e DM. Não temos registro da participação dos idosos em atividades de grupo.

Durante o análise situacional percebemos que segundo Caderno de Ações Programáticas o município Jacobina do Piauí devia ter uma população maior de 60 anos de 143 pessoas, mas na realidade só tínhamos cadastrados 58 idosos (40.5%), porém nossos indicadores eram negativos. A cobertura de Saúde da Pessoa Idosa era insuficiente.

Os indicadores da qualidade da atenção à Saúde da Pessoa Idosa avaliados são também deficientes, nenhum idoso tinha avaliação multidimensional rápida e nem avaliação de risco para morbimortalidades, também não foram investigados os indicadores de fragilização na velhice (0%) e rede social. Também a avaliação da saúde bucal é deficiente (11 idosos avaliados para um 7,6%).

Dos 58 idosos cadastrados, 31 são hipertensos (21,6%) e 18 são diabéticos (12,5%), eles recebem atendimento agendado no Programa de atenção a pessoa com hipertensão arterial e diabetes mellitus. Os idosos acamados e com transtornos mentais recebem visitas e atendimento domiciliar. É preocupante que o resto dos idosos só recebe atendimento de demanda espontânea nas situações agudas de saúde e não se realiza pesquisa ativa de doenças ocultas.

Ainda nossa equipe apresenta dificuldades enquanto à saúde bucal, pois os atendimentos não têm caráter profilático e sim assistencial, não são priorizados grupos como crianças, gestantes, idosos, hipertensos e diabéticos, as atividades de grupo sobre alimentação saudável e saúde bucal são escassas. A equipe assiste 57 prescolares (3,9%), deles 4 tinham tratamento inicial completado, entre 5 e 14 anos são 274 (19,1%), com tratamento completado só 9 escolares, das 21 grávidas só 1 tinha completado o tratamento e dos 143 idosos só 3, da população restante só 121 usuários receberam tratamento completo. A média de procedimentos clínicos mensal é 264.

A participação da comunidade ocorre de duas formas: como usuários com demanda de atendimento ou o usuário com liderança, atualmente, os membros do Conselho de Saúde, que estão pela primeira vez inseridos nas ações da unidade de

saúde. Estes usuários exercem controle social através da participação das reuniões da equipe, aportando suas ideias, acompanhamento nas visitas domiciliares, participação das atividades de grupo, busca ativa dos usuários faltosos a consultas agendadas, entre outras.

A área de abrangência da equipe um é formada por uma população de zona rural (Joacero Secundo, Curral de Baixo) e urbana (Cidade Jacobina do Piauí). A zona rural tem muitas dificuldades econômicas e sociais, de transporte, de acesso à água, problemáticas na moradia, principalmente na construção das casas, e a higiene ambiental são deficientes porque não tem serviço de transporte final de resíduos sólidos.

Durante a análise situacional identificamos falhas na forma de registro da unidade de forma geral, pois só estavam cadastrados e com acompanhamentos pela equipe de saúde os usuários pertencentes ao programa de atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial e diabetes mellitus, o pré-natal e o programa de Atenção à Saúde da Criança, que estão implantados na UBS.

Os atendimentos à saúde da mulher e do idoso são desenvolvidos em nível de ações, porém, sem a implantação do programa propriamente dito. No caso de Saúde da Mulher são realizadas atividades preventivas e coleta de amostra para controle de câncer de colo de útero, exame físico da mama e solicitação de mamografias e estas atividades em geral são realizadas pela enfermeira. O pré-natal e as ações de controle dos hipertensos e diabéticos são compartilhados entre o médico e enfermeira e são realizadas atividades coletivas de promoção da saúde, ainda insuficientes.

É solicitado como de rotina o exame antígeno prostático específico aos homens adultos, porém a maioria das ações não é registrada, impossibilitando-se o monitoramento e a avaliação das mesmas. A mesma situação apresentam os casos dos exames de mamografia e citologia oncótica. A integração da equipe acontece durante o processo de trabalho propriamente dito. As doenças que mais aparecem, segundo o registro diário de consulta, são as doenças crônicas, sendo as mais relevantes as cardiovasculares e metabólicas, seguidas de febres virais.

Na atualidade, decorrente das tarefas realizadas no curso, os idosos recebem um atendimento mais integral que visa melhorar a qualidade de vida desta população. As enfermeiras realizam no acolhimento a avaliação da pressão arterial, o glicoteste, o exame da circunferência abdominal, o perímetro braquial, o peso e a

estatura. Ao chegar à consulta é calculado IMC, exame físico dos pés e pulsos, faz indicação dos exames para avaliação do risco cardiovascular (triglicérides, HDL e LDL colesterol).

Os idosos com IMC inferior a 22 ou superior a 27 são encaminhados ao nutricionista e aqueles com dificuldades de locomoção, acamados ou com agravamento de suas doenças recebem visitas domiciliares da equipe todas as terças ou no momento que precisarem. Nas consultas agendadas e visitas domiciliares são realizados o preenchimento da Caderneta de Saúde da pessoa idosa e entrega desse documento àqueles que não tinham. São oferecidas orientações individuais e coletivas sobre saúde bucal, alimentação saudável, prevenção de quedas, importância da prática de exercícios físicos e outros temas relacionados com a saúde da pessoa idosa. Os prontuários são atualizados em todos os momentos de atendimento.

Toda a equipe está envolvida nas ações desenvolvidas na unidade e alguns aspectos viabilizaram o desenvolvimento da nossa intervenção. O apoio do gestor de Saúde, a participação da equipe e dos conselhos de saúde foram fundamentais para o desenvolvimento das ações. A população idosa foi a mais beneficiada por receber uma atenção mais integral, humanizada, digna e preventiva que vai melhorar consideravelmente sua qualidade de vida evitando a fragilidade na velhice que é causa importante de dependência nesta faixa etária.

Grandes são os desafios para nossa equipe e para a Secretaria de Saúde do município no intuito de implantar as ações necessárias para garantir um atendimento digno, integral, humanizado e de qualidade dos idosos, garantindo segurança e qualidade de vida no envelhecimento da população. O maior desafio é mudar os estilos de trabalho assistencial para o modelo preventivo de saúde, pilar no atendimento na Atenção Básica de saúde.

Na realidade a falta de controle das ações desenvolvidas pelas equipes de saúde e da implementação dos programas na unidade são as causas diretas dos indicadores negativos, pois o Ministério da Saúde (MS), por meio de seus protocolos, preconiza um atendimento próprio para este nível de atenção por meio de atribuições comuns e específicas de todos os profissionais da equipe.

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

Comparando o texto inicial de descrição da situação de saúde e o atual de fato este último está mais fundamentado e consistente. A elaboração das tarefas nas unidades do curso, as leituras disponibilizadas dos textos da atenção básica e o relatório da análise situacional nos facilitou identificar com clareza as debilidades e fortalezas com que conta a equipe, além disso, são as fraquezas que orientam os desafios que temos que superar no futuro. Nesse sentido, pretendemos alcançar, a curto e médio prazo, a organização e implementação dos programas pendentes, e implementar os registros necessários para a coleta de dados que nos permitam monitorar e avaliar o trabalho da equipe.

Em função da construção da análise situacional, mudaram alguns aspectos, dentre deles posso mencionar a disponibilidade dos instrumentos para avaliação do risco cardiovascular a 100% dos hipertensos e diabéticos da UBS; modelagem para avaliação multidimensional rápida a todos os idosos; modelagem para avaliação do risco a todas as grávidas e disponibilidade das fichas espelho para dar seguimento aos diferentes Programas. Foram adquiridos equipamentos novos (equipe de otorrinolaringologia, esfigmomanômetros, estetoscópios, fitas métricas, balanças). Atualmente o Conselho de Saúde está inserido nas ações da equipe e exerce verdadeiro controle social.

2. Análise Estratégica

2.1 Justificativa

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial que envolve aspectos referentes à melhoria da expectativa de vida. No Brasil, estima-se que existam 17,6 milhões de pessoas com 60 anos ou mais (BRASIL, 2012). Neste sentido a atenção à saúde do idoso é uma preocupação das políticas públicas de saúde e um desafio para os serviços de atenção básica, o qual tem papel fundamental na promoção do envelhecimento saudável e no controle dos fatores de riscos das doenças próprias dessa faixa etária (Brasil 2012).

Durante o desenvolvimento da análise situacional da Unidade de Saúde da Família Gila Almeida do município Jacobina do Piauí percebemos que os indicadores de atenção à saúde da pessoa idosa são negativos, porém constitui um grupo vulnerável na área de abrangência, pois o acompanhamento pela equipe de saúde ainda é dirigido ao atendimento de situações agudas, com carência de promoção de saúde e afastado da integralidade preconizada pelo MS, com debilidade da rede social, elevada presença de fatores de risco que podem ser modificados com ações de saúde oportunas, com fragilidade por falta de detecção precoce do fenótipo que provoca essa condição, sem avaliação do risco cardiovascular individual dos idosos que permita a implementação de plano de ações que corrijam essa situação.

A UBS é urbana e está estreitamente vinculada ao SUS, tem um modelo de atenção de equipe de saúde da família. Na mesma existem três equipes de saúde, cada um composto por: um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um dentista, um assistente de dentista, uma técnica de farmácia e agentes comunitários de saúde, que sua quantidade varia de acordo a equipe. A equipe um assiste 1430 pessoas (com dois ACS), a equipe dois assiste 2008 pessoas (com cinco ACS) e a equipe três assiste 2281 usuários (com quatro ACS).

A população da área adstrita da equipe 1 é de 1430 pessoas. Há uma população predominantemente masculina (791). Os menos de um ano são 15, menores de 5 anos são 42, de 5 a 14 anos são 226, 15 a 59 anos são 1004 e com mais de 60 anos são 143. O tamanho do serviço é adequado e a UBS tem três equipes de saúde e um profissional, do Programa Mais Médico.

Referente à saúde do idoso a UBS Gila Almeida do município Jacobina do Piauí ainda não têm implementado o Programa na unidade, temos um registro das pessoas idosas acamadas com demanda de atendimento domiciliar, idosos com transtornos mentais, HAS e DM com os seguintes dados: nome, idade, endereço, exames complementares, data de agendamento, que permitiu o preenchimento do Caderno de Ações Programáticas. Não existem fichas espelho para controle e acompanhamento dos usuários. Só possuem caderneta de saúde da pessoa idosa os usuários com HAS e DM. Não temos registro da participação dos idosos em atividades de grupo.

Durante o análise situacional percebemos que segundo Caderno de Ações Programáticas o município Jacobina do Piauí devia ter uma população maior de 60 anos de 143 pessoas e na realidade só tínhamos cadastrados 58 idosos (40,5%), porém a cobertura do Programa à Saúde da Pessoa Idosa é insuficiente.

Os indicadores da qualidade da atenção à Saúde da Pessoa Idosa avaliados são também deficientes nenhum idoso tem avaliação multidimensional rápida, avaliação de risco para morbimortalidades, nem foram investigados os indicadores de fragilização na velhice e rede social (0%). Também a avaliação da saúde bucal é deficiente (11 idosos avaliados para um 7,6 %).

Dos 58 idosos cadastrados ao início das tarefas do curso, 31 são hipertensos (21.6%) e 18 são diabéticos (12,5%), eles recebem atendimento agendado no programa de atenção á pessoa com HAS e DM. Os idosos acamados e com transtornos mentais recebem visitas e atendimento domiciliar. É preocupante que o resto dos idosos só recebe atendimento de demanda espontânea nas situações agudas de saúde e não se realiza pesquisa ativa de doenças ocultas.

A equipe um da UBS Gila Almeida do município Jacobina do Piauí com vontade de aperfeiçoar a qualidade dos serviços de saúde desenvolve ações que promovem mudanças nos comportamentos e estilos de vida dos idosos, famílias e comunidade. A implementação de estratégias dirigidas à integralidade no acompanhamento, que incentivem a participação das famílias e comunidade, vai nos permitir superar as barreiras que nos impedem oferecer um atendimento digno, integral, humanizado e de qualidade aos idosos, conseguindo controlar os fatores de risco e incrementar fatores de proteção para este grupo populacional, melhorando sua qualidade de vida.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde da pessoa idosa na ESF Gila Almeida, Jacobina do Piauí/PI.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1. Ampliar a cobertura do programa de saúde do idoso na UBS Gila Almeida.

Meta 1.1 Ampliar a cobertura da atenção à saúde do idoso da área da Unidade Básica de Saúde Gila Almeida em um 80%.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Meta 2.10- Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos.

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

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

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

2.3. Metodologia

Este projeto foi planejado para um período de 12 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Gila Almeida, no Município de Jacobina do Piauí/Piauí. Participarão da intervenção 135 pessoas maiores de 60 anos.

As ações realizadas na intervenção serão baseadas no protocolo do Ministério de Saúde “Atenção à Saúde da Pessoa Idosa” (BRASIL 2011, 2012). Portanto, para alcançar os objetivos propostos serão estabelecidas metas e ações a serem realizadas. O cadastro dos idosos na planilha de coleta de dados será feito no momento da consulta. Para registro das atividades serão utilizados os seguintes

instrumentos: Planilha de coleta de dados e ficha espelho elaboradas pela UFPEL (anexos A e B). Os dados obtidos destes registros serão preenchidos na planilha de coleta de dados para monitoramento e acompanhamento das metas e indicadores.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1 Ampliar a cobertura do programa de saúde do idoso na UBS Gila Almeida.

Meta 1.1 Ampliar a cobertura da atenção à saúde do idoso da área da Unidade Básica de Saúde Gila Almeida em 80%.

Ações referentes à meta 1.1

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: Monitorar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde periodicamente (pelo menos mensalmente). Monitoraremos o número de idosos cadastrados no programa através da avaliação do registro do Programa na unidade. Monitoraremos o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Acolher os idosos.
- Cadastrar todos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde.
- Atualizar as informações do SIAB.

Todos os idosos cadastrados com consultas agendadas pelos agentes de saúde comunitários ou que chegarem espontaneamente a unidade de saúde serão acolhidos, escutadas suas demandas e resolvidas pelos membros da equipe. As informações do cadastro serão informadas a Secretaria de saúde para atualizar os dados do SIAB e Esus. Registraremos na ficha espelho e prontuários os dados referentes ao acompanhamento dos idosos.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realiza-lo na unidade de saúde.
- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde.

Em encontro com Conselho de saúde, familiares, cuidadores e comunidade em geral informaremos o início da intervenção, seus objetivos e metas, além disso informaremos os benefícios que reportará para os idosos alvos do estudo sua participação, orientaremos a comunidade usuária sobre o programa de saúde da pessoa idosa, frequência das consultas, periodicidade dos exames preconizados pelo MS.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- 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.

Capacitaremos a equipe no acolhimento dos idosos, nas Políticas de Humanização e para adoção dos protocolos referentes à saúde da pessoa idosa propostos pelo Ministério da Saúde. Capacitaremos a equipe sobre a saúde dos idosos e que informações devem ser fornecidas à idosos, famílias, cuidadores e à comunidade em geral sobre este programa de saúde.

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

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

Ações referentes a meta 2.1

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitoraremos a realização de Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anual em todos idosos acompanhados pela unidade de saúde.

Monitoraremos número de idosos com realização da avaliação multidimensional rápida na unidade. Organizaremos a agenda de trabalho dos profissionais para realizar esta avaliação aos idosos da área de abrangência.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Garantiremos os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropômetro, Tabela de Snellen...).

➤ Definir as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos.

Solicitaremos ao gestor de saúde os instrumentos e recursos necessários para avaliação dos idosos. Definiremos atribuições de cada profissional no acompanhamento dos usuários para evitar atrasos e oferecer um serviço de qualidade.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

➤ Orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável.

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

Informaremos à familiares, cuidadores e comunidade sobre a importância do acompanhamento regular dos idosos pela equipe de saúde para detectar situações de risco (quedas, fragilidade, invalidez, dependência) que podem ser revertidas com uma detecção precoce e ações de promoção de saúde.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

➤ 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.

Realizaremos capacitação dos profissionais da equipe na avaliação integral dos idosos segundo protocolo do MS, informando importância da avaliação multidimensional rápida e quais condutas adotar em caso de alterações para um encaminhamento oportuno.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

➤ Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade de saúde.

Revisaremos os prontuários e livro de registro do Programa de saúde da pessoa idosa para monitorar qualidade do exame físico realizado aos usuários.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos.
- Garantir busca a idosos que não realizaram exame clínico apropriado.
- Organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.
- Garantir a referência e contra referência de usuários com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades.

Definiremos quais ações devem efetivar os membros da equipe na realização do exame clínico apropriado, realizaremos busca ativa dos idosos com exame clínico inapropriado para a consolidação do mesmo. Aqueles idosos com alterações na frequência e intensidade dos pulsos tibiais posteriores e pediosos serão encaminhados ao angiologista previa coordenação com a secretaria de saúde para garantir a vaga em curto período de tempo.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Orientar os usuários 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.

Orientaremos aos usuários com Diabetes Mellitus, HAS, insuficiência venosa periférica de longa data os riscos de neuropatias, mal perfurante plantar, amputações, etc. sobre os riscos de incapacidade através de orientações individuais e coletivas, assim como sua prevenção na busca de qualidade de vida e diminuir a dependência e fragilidade dos idosos.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.
- Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Capacitaremos a equipe sobre a realização do exame clínico apropriado dos idosos (mucosas, exame da cavidade oral, pele e unhas, presença de edemas, aparelho respiratório, frequência respiratória, aparelho cardiovascular, medição da PA e frequência cardíaca, frequência e intensidade dos pulsos, abdômen, SNC e avaliação multidimensional rápida.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- 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 e diabéticos com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada.

Monitoraremos número de idosos do Programa de atenção à pessoa com hipertensão e diabetes com exames laboratoriais em dia, segundo o preconizado no protocolo do Ministério da Saúde, através da revisão dos prontuários. Indicaremos exames a aqueles idosos que tiverem atraso.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Garantir a solicitação dos exames complementares
- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.
- Estabelecer sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados.

Garantiremos que todos os profissionais conheçam quais são os exames preconizados pelo Ministério da Saúde para o seguimento adequado dos usuários maiores de 60 anos e sua indicação oportuna. Garantiremos com gestor de saúde a entrega rápida dos exames indicados aos idosos. Realizaremos revisão dos registros para detectar idosos com atraso em realização dos exames e indicar os mesmos nos casos que precisarem.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares

Informaremos a comunidade quais são os exames para o seguimento da população idosa, sua importância e periodicidade para a avaliação do risco individual que permitirá estabelecer fatores protetores e melhorará a qualidade de vidas dos usuários maiores de 60 anos.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Capacitaremos a equipe sobre os exames necessários para o acompanhamento dos idosos, sua interpretação, periodicidade e conduta a seguir nos casos com alterações.

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

Atualizaremos dados sobre necessidades de medicamentos dos idosos avaliados e quantidade disponibilidade na farmácia, serão entregues ao responsável e ao gestor para garantir a entrega dos mesmos aos usuários do Programa.

Ações referentes à meta 2.4

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular / Hiperdia.
Monitorar o percentual de idosos que receberam medicamentos do estoque do Programa HIPERDIA.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde

Garantiremos a dispensação dos medicamentos aos idosos hipertensos e diabéticos na unidade, elaboraremos e faremos entrega de cadastro atualizado com necessidades de medicamentos a responsável da farmácia e gestor de saúde para aquisição de medicamentos que ainda não são adquiridos pelo município.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Orientaremos aos idosos, famílias, cuidadores e comunidade sobre a importância de realizar tratamento regular e o direito dos usuários de acessar aos mesmos na unidade.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- 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

Capacitaremos os médicos para o tratamento atual para doenças como HAS e DM preconizadas pelo Ministério da Saúde

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

Realizaremos cadastro dos idosos atualmente acamados ou com dificuldades de locomoção através dos ACS fundamentalmente.

Ações referentes à meta 2.5

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Realizaremos cadastro atualizado dos idosos acamados ou com dificuldades de locomoção através dos ACS fundamentalmente através das visitas domiciliares.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Manteremos registro da população idosa acamada ou com dificuldades de locomoção (fichas espelho).

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Informaremos aos idosos, famílias, cuidadores e comunidade sobre o direito dos usuários acamados ou com dificuldades de locomoção de receber visitas domiciliares para receber um atendimento integral pelos membros da equipe e periodicidade das visitas.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Instrumentalizaremos aos ACS sobre o cadastramento dos idosos acamados ou com dificuldades de locomoção, informando sobre a ética no manejo destes usuários com condições especiais, além disso, capacitar para pesquisar evidências de maus

tratos e informar esses casos a equipe para um manejo adequado em parceria com o CRAS.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

➤ Monitorar realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Realizaremos visitas domiciliares integral com todos os membros da equipe pelo menos 1 vez ano aos idosos acamados com problemas de locomoção. Os idosos deveram receber visitas domiciliares todos os meses.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

➤ Programaremos a agenda dos profissionais da equipe (médica, enfermeira, nutricionista, dentista, técnica de laboratório, psicóloga e assistente social do CRAS) para avaliação integral pelo menos 1 vez ao ano. As visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção serão realizadas mensalmente, ou antes, sim for preciso.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

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

Informaremos aos idosos, famílias, cuidadores e comunidade sobre o direito dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de receber visitas domiciliares pela equipe de saúde mensalmente, ou antes, sim for preciso.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

➤ 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.

Instrumentalizaremos os ACS sobre o cadastramento, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com dificuldades de

locomoção e da necessidade de informar a unidade para atualizar registro e agendar visitas pela equipe.

Ações referentes a meta 2.7 Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Realizaremos avaliação da PA aos idosos com periodicidade com técnica adequada nas consultas de acompanhamento, nas visitas domiciliares ou durante a demanda espontânea.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

➤ Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS.

➤ Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetros, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

Garantiremos com gestor de saúde a aquisição de esfigmomanômetros, manguitos, fita métrica, balança, antropômetro, Tabela de Snellen, equipe de otorrinolaringologia ou calibrar os esfigmomanômetros e balanças existentes na unidade para oferecer um acolhimento adequado da população com HAS.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

➤ Orientar a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade.

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

Informaremos aos idosos, famílias, cuidadores e comunidade em geral sobre os fatores de risco para desenvolver HAS (obesidade, tabagismo, sedentarismo, uso de medicamentos, etc.), além disso, as medidas preventivas a ter em conta para evitar este tipo de doença.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Instrumentalizaremos a equipe na avaliação correta da pressão arterial segundo o preconizado pelo MS.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Realizaremos glicoteste e indicaremos glicemia de jejuno a todos aqueles idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Realizaremos avaliação aos idosos portadores de Diabetes Mellitus e aqueles com fatores de risco associados para desenvolver a doença no futuro, realizaremos hemoglicoteste a todos eles durante o acolhimento, informar aos idosos e familiares sobre as medidas a ter em conta para realizar o exame e no manejo do glicômetro.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Informaremos aos idosos, famílias, cuidadores e comunidade em geral sobre os fatores de risco para desenvolver HAS e DM (obesidade, tabagismo, sedentarismo, uso de medicamentos, macrossomia, óbitos fetais de causa desconhecida, abortos habituais, síndrome de ovários policísticos etc.), além disso, as medidas preventivas a ter em conta para evitar este tipo de doença.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Instrumentalizaremos a equipe na realização e interpretação correta do hemoglicoteste segundo o preconizado pelo MS em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica durante o acompanhamento.

Ações referentes à meta 2.9 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de idosos. Monitorar a saúde bucal dos idosos, moradores da área de abrangência com primeira consulta odontológica realizada.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde.
- Cadastrar os idosos na unidade de saúde.
- Oferecer atendimento prioritário aos idosos na unidade de saúde.
- Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.

Organizaremos acolhimento dos idosos na unidade de saúde previa organização da agenda do Profissional. Cadastraremos na unidade de saúde os idosos com necessidade de avaliação pelo dentista. Ofereceremos atendimento prioritário na unidade de saúde aos usuários maiores de 60 anos. Organizaremos agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de idosos. Informaremos a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário dos idosos e de sua importância para a saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na unidade de saúde. Esclareceremos a comunidade sobre a necessidade do cuidado da saúde bucal para evitar edentulismo e cuidados para um escovado correto das próteses totais e parciais, além disso, da necessidade da avaliação bucal para detectar lesões precursoras do carcinoma bucal em idosos.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em idosos. Capacitar a equipe para realizar acolhimento dos idosos de acordo com protocolo.

Capacitaremos a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento dos idosos para o serviço odontológico. Capacitaremos os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para os usuários maiores de 60 anos de idade da área de abrangência.

Ações referentes à meta 2.10 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Monitoraremos números idosos que realizaram a primeira consulta odontológica na unidade através da revisão dos registros.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

➤ Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde.

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

➤ Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.

➤ Oferecer atendimento prioritário aos idosos.

Organizaremos a agenda do Profissional de modo a priorizar o atendimento dos idosos da área de abrangência da unidade, disponibilizaremos vagas para estes usuários.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

➤ 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.

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

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

Esclareceremos a comunidade sobre a necessidade de priorização dos tratamentos odontológicos aos idosos, para conscientizá-lo sobre a necessidade desta avaliação e para evitar desgosto na população. Solicitaremos que a comunidade proponha ideias ou estratégias para evitar problemas no serviço. Informaremos sobre as diferentes modalidades de serviço oferecidas na UBS.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe para realizar acolhimento do idoso de acordo com protocolo.
- Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para serviço odontológico.
- Capacitar os ACS para captação de idosos.
- Capacitar os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para idosos.

Capacitaremos a equipe para realizar acolhimento dos idosos, realizar capacitação da equipe para realizar cadastramento e agendamento dos usuários para acompanhamento na unidade. Capacitaremos os cirurgiões dentistas para a realização da primeira consulta programática aos idosos.

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

Ações referentes à meta 3.1 Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas. Monitorar os idosos faltosos a consultas.

Organizaremos as visitas domiciliares para busca de faltosos. Organizaremos a agenda para acomodar os faltosos após a busca.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Manter as informações do SIAB atualizadas.
- Implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos.
- Pactuar com a equipe o registro das informações.
- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Organizaremos um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização da Avaliação Multidimensional Rápida e dos demais procedimentos preconizados.

Informaremos semanalmente os dados obtidos nas buscas para atualizar os dados do SIAB e Esus, manteremos atualizadas e revisadas periodicamente as fichas espelho do Programa de Atenção a pessoa Idosa para detectar atraso em consulta, em realização dos exames, etc.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Ouviremos a comunidade sobre estratégias para melhorar acessibilidade e atendimento e da importância da atualização dos registros para um acompanhamento adequado.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

➤ Melhorar o registro das informações.

Capacitaremos a equipe para esclarecer à comunidade a importância do preenchimento da caderneta da pessoa idosa, fichas espelho, prontuários pelos profissionais que prestem atendimento aos idosos.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Ações referentes à meta 4.1 Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

➤ Manter as informações do SIAB atualizadas.

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

➤ Pactuar com a equipe o registro das informações.

➤ Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Organizaremos um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização da Avaliação Multidimensional Rápida e dos demais procedimentos preconizados

Orientaremos os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Informaremos a usuários e comunidade a importância do preenchimento da caderneta da pessoa idosa, fichas espelho, prontuários pelos profissionais de assistência.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Capacitaremos a equipe para o preenchimento de todos os dados dos registros referentes ao Programa de saúde da Pessoa Idosa.

Ações referentes à meta 4.2 Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

➤ Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Solicitaremos a gestora de Saúde as cadernetas necessárias para entregar a totalidade dos idosos da área de abrangência.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Informaremos a usuários, família, cuidadores e comunidade da importância de levar a caderneta sempre que seja necessário assistir aos serviços de saúde para um manejo adequado pelos profissionais.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Informaremos sobre a importância de preencher todos os dados da caderneta de Saúde da Pessoa Idosa aos membros da equipe.

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

Ações referentes à meta 5.1 Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Monitoraremos os idosos com exames laboratoriais atualizados para avaliação do Score de Framingham e avaliação do risco cardiovascular.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

➤ Priorizar o atendimento a idosos de maior risco de morbimortalidade.

Priorizaremos o atendimento aos idosos com classificação do risco de morbimortalidade moderado(B) e elevado (C).

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Informaremos aos idosos a classificação de seu nível de risco após avaliação do Score de Framingham e avaliação do risco cardiovascular individual e a necessidade de consultas mais frequentes.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Capacitaremos aos profissionais para realizar avaliação Score de Framingham e avaliação do risco cardiovascular individual dos idosos.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Monitoraremos número de usuários com avaliação da fragilidade na velhice a través da revisão dos prontuários.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Priorizar o atendimento aos idosos fragilizados na velhice.

Priorizaremos atendimento aos idosos com classificação prefrágeis e frágeis.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Informaremos a usuários e comunidade sobre a necessidade de consultas mais frequentes aos idosos prefrágeis e frágeis para evitar situações que provoquem dependência do usuário.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Instrumentalizaremos os membros da equipe para identificar o fenótipo dos idosos com fragilidade.

Ações referentes à meta 5.3. Investigar a rede social de 100% dos idosos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Monitorar número de idosos com avaliação da rede social atualizada.

Monitorar todos os idosos com rede social deficiente.

Monitoraremos aqueles idosos com deficiência da rede social durante as avaliações da intervenção com apoio da assistente social do CRAS.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Organizaremos agenda dos profissionais da equipe e trabalhadora social do CRAS para realizar visitas domiciliares aos idosos com rede social debilitada.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Orientaremos a família, cuidadores e comunidade sobre aqueles idosos com rede social afetada para oferecer atendimento priorizado na unidade.

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

Realizaremos atividades com a família, cuidadores e comunidade para conscientizar sobre a necessidade dos idosos com rede social debilitada de socializar com grupos de pessoas com idade e interesses afins.

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos.

Ações referentes à meta 6.1 Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Monitoraremos número de idosos com orientação individual ou coletiva sobre hábitos alimentares saudáveis pelo menos 2 vezes no último ano.

Monitoraremos o número de idosos com obesidade / desnutrição.

Realizaremos cálculo do IMC e classificação nutricional dos idosos (desnutrido, normopeso, obeso),

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Organizaremos agenda dos profissionais para oferecer orientação individual ou coletivos hábitos alimentares saudáveis aos idosos.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Orientaremos os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis para evitar situações de risco ou doenças que afetem sua qualidade de vida.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar a equipe para a promoção de Orientar os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável" ou o "Guia alimentar para a população brasileira".

Instrumentalizaremos a equipe para realizar orientar os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis, oferecer a guia Dez passos para alimentação saudável a comunidade.

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

Capacitaremos os membros da equipe para informar a população sobre orientação nutricional específica para o grupo de idosos pertencentes ao Programa HIPERDIA.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Monitorar número de idosos com orientação de atividade física regular e seus benefícios para saúde e qualidade de vida pela equipe.

Monitoraremos o número de idosos que realizam atividade física regular.

Monitoraremos número de idosos realizam atividade física regular

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

Definir o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular.

Identificaremos e definiremos quais membros da equipe poderão oferecer orientações individuais ou coletivas aos idosos sobre prática de atividade física regular.

Demandaremos do gestor municipal parcerias institucionais para realização de atividade física.

Solicitaremos ao gestor de saúde a coordenação com instituições que contem com profissionais capacitados para acompanhar a prática de atividade física dos idosos.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Orientaremos os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da prática de atividade física para evitar situações tais como fragilidade, obesidade, dislipidemias, quedas, dependência, além disso, seu efeito no funcionamento do aparelho cardiovascular favorecendo controle ou prevenção de doenças que afetem sua qualidade de vida.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Capacitaremos os membros da equipe para informar a população sobre os benefícios que reporta para a saúde da pessoa idosa a realização de atividade física regular.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar as atividades educativas individuais.

Monitoraremos número de idosos com participação em pelo menos duas atividades educativas sobre higiene bucal no último ano.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Organizaremos agenda dos profissionais de forma tal que depois do atendimento possamos oferecer orientações individuais aos idosos.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientar os idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias.

Orientaremos os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios de manter uma higiene bucal adequada para evitar gengivite, edentulismo que é causa frequente de mastigação defeituosa e traz transtornos da digestão e obesidade, informaremos sobre a higiene das próteses dentárias totais e parciais e uso do fio dental.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Capacitaremos os membros da equipe para informar a população idosa sobre a importância do autoexame da boca para detectar lesões pre - cancerosas, da necessidade da avaliação dos usuários pelo dentista uma vez ao ano ou antes se for preciso e da higiene bucal em geral.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1. Ampliar a cobertura do programa de saúde do idoso na UBS Gila Almeida.

Meta 1.1 Ampliar a cobertura da atenção à saúde do idoso da área da Unidade Básica de Saúde Gila Almeida em um 50%.

Indicador 1 Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa.

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

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

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

Indicador 2 Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

Numerador: Número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia

Denominador: Número de idosos cadastrados nos programas pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de idosos cadastrados nos programas pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

Indicador 4 Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

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

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

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

Indicador 5 Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Numerador: Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular.

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

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

Indicador 6 Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

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

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

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

Indicador 7 Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.

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

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

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

Indicador 8 Proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta.

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

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

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

Indicador 9 Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus.

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

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

Indicador 10 Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

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

Indicador 11 Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

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

Denominador: Número total de idosos inscrito no programa e pertencentes à área de abrangência na UBS com primeira consulta odontológica programática.

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

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

Indicador 12 Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa.

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

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

Indicador 13 Proporção de idosos com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia.

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

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

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

Indicador 14 Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

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

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

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

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

Indicador 17 Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.

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

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

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

Indicador 18 Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia.

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

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

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

Indicador 19 Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia.

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.

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

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos

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

Indicador 20 Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

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

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

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

Indicador 21 Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

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

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

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

Indicador 22 Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de idosos com orientação sobre higiene bucal.

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

2.3.3 Logística

Adotaremos como protocolos os cadernos do MS sobre Atenção à saúde da pessoa idosa para a intervenção (BRASIL 2006; 2011; 2012). Antes de iniciar as atividades realizaremos um treino com os ACS sobre o cadastrado da população com 60 anos ou mais. Organizaremos as agendas de trabalho de todos os membros da equipe para a avaliação dos idosos provenientes da busca.

Aplicaremos o protocolo de acolhimento pelos profissionais responsáveis por esta atividade. A equipe de saúde organizará e discutirá com o resto da equipe uma agenda de atendimento integrada ao Programa de Atenção à saúde da pessoa Idosa. Aproveitaremos os momentos de sala de espera ou qualquer outro contato com a comunidade para divulgar o direito de atendimento prioritário dos idosos. Discutiremos com os idosos, com a família, com os cuidadores e com a comunidade a importância da avaliação multidimensional rápida, da fragilidade na velhice e da rede social. Além disso, a importância de avaliar a higiene bucal para evitar edentulismo e a importância de se realizar o autoexame bucal.

A equipe de saúde mensalmente monitorará a realização da primeira consulta de avaliação e de saúde bucal dos idosos a partir dos dados registrados na unidade.

Reservaremos na agenda de atendimento do médico e do dentista vaga para atendimento de urgências. Durante os momentos de atendimento coletivo e das salas de espera, os responsáveis pelas atividades, informarão à população sobre a prioridade dos idosos pré-frágeis, frágeis, com rede social debilitada para receber atendimento.

Registraremos nos prontuários e nas fichas espelho a data do atendimento será de responsabilidades de todos os profissionais, o médico, a enfermeira, o dentista e a técnica de saúde bucal. Os profissionais de saúde na folha de registro diário de consulta sinalizarão as pessoas que completarão 60 anos e aqueles que não tinham acompanhamento na unidade. O médico monitorará mensalmente as consultas dos idosos. Durante os momentos de atendimento coletivo e das salas de espera, os responsáveis das atividades, informarão à população sobre a importância do acompanhamento regular dos idosos.

As técnicas realizarão os cadastros dos idosos que pela primeira vez visitam a unidade e a recepcionista agendará a consulta dos mesmos. Elas também terão a responsabilidade de preservar o bom estado dos equipamentos e solicitar a sua manutenção periódica e também apresentará uma relação dos idosos com vacinação atrasada.

Uma vez por mês realizaremos análise com os membros da equipe sobre o desenvolvimento do programa. Identificar os idosos com déficit de peso ou obesos para serem monitorados pela equipe. Realizaremos capacitação com técnicos, dos ACS e das enfermeiras sobre a avaliação do peso, da estatura, da circunferência abdominal, do perímetro braquial, da Pressão Arterial (PA) e da hemoglicoteste.

Todos os profissionais serão responsáveis por oferecer orientações individuais e coletivas sobre prática de exercícios físicos, alimentação saudável, prevenção de quedas, saúde bucal e etc. Estes também serão responsáveis por reproduzir os protocolos em forma de cartazes e colocar em local estratégico e visível.

Aproveitaremos o momento da atividade coletiva para informar aos idosos, familiares, aos cuidadores e a comunidade da importância de manter os registros de saúde, a exemplo da caderneta do idoso. Também nesse momento poderão ser explicados sobre a promoção de saúde da pessoa idosa. O médico com o apoio de técnicos desenvolverá ao longo do projeto exposições dialogadas sobre a saúde da pessoa idosa. O médico responsável pelo projeto também realizará o treinamento

sobre o preenchimento da Caderneta da Pessoa Idosa. A médica monitorará mensalmente os idosos faltosos às consultas programadas.

A farmacêutica fará a solicitação com antecedência dos medicamentos dos idosos cadastrados no programa de hipertensão arterial e diabetes mellitus em proporção aos idosos acompanhados. Aproveitaremos o momento da atividade coletiva para discutir sobre a importância do cumprimento do tratamento nos idosos, evitando a automedicação e a polifármacia. O técnico administrativo e da farmácia serão responsáveis por registrar na folha de acompanhamento os idosos que recebem medicamentos na Farmácia Popular da UBS.

Através do Conselho de Saúde e dos ACS serão localizados os idosos faltosos para programar as visitas e traslado até a unidade. Divulgaremos na comunidade através das diferentes formas possíveis sobre os fatores de risco presentes no município

Em reunião de equipe será definido o papel que cada membro terá na promoção de saúde da pessoa idosa. Cada profissional registrará em prontuários as orientações sobre prevenção de acidentes na velhice. Realizaremos o treinamento do preenchimento de todos os registros necessários no acompanhamento dos idosos. Aproveitaremos o momento de sala de espera e outras atividades coletivas para incentivar estilos de vida saudáveis. Realizaremos oficinas de treinamento sobre alimentação saudável com foco na comunidade.

Discutiremos com a equipe a aplicação das orientações nutricionais. Instrumentalizaremos a equipe para orientar os idosos, os cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável" ou o "Guia alimentar para a população brasileira".

Também será necessário que o gestor municipal possa garantir a entrega rápida dos exames complementares pelo laboratório (serão indicados perfil lipídico, glicemia de jejuno, hemoglobina glicada nos casos de idosos com diabetes mellitus, urina, ureia, creatina, eletrocardiograma e outras, segundo doenças associadas). Garantiremos vagas aos idosos que tenham necessidade de serem avaliados por outras especialidades como oftalmologistas, otorrinolaringologistas, psiquiatra, endocrinologista, urologista, etc. Para coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, o médico e a enfermeira elaboraremos uma ficha complementar.

3. Relatório da Intervenção

O ponto de partida deste relatório será a situação inicial da ação programática na Saúde da Pessoa Idosa e será desenvolvido seguindo a mesma ordem dos indicadores de avaliação, porém para avaliar os avanços terão como referência os valores acumulados durante as 12 semanas de intervenção a partir da data de início do estudo em fevereiro de 2015. Será analisado o cumprimento dos objetivos e metas propostos, considerando as dificuldades e facilidades apresentadas no processo. Mas também serão descritas as ações previstas no projeto, diferenciando as desenvolvidas das não desenvolvidas, as dificuldades apresentadas na coleta de dados, sem deixar de analisar a viabilidade de introduzir na rotina da unidade as ações novas.

Antes do início da intervenção, sugerimos e discutimos com a equipe de saúde da família um da UBS Gila Almeida do município Jacobina de Piauí a proposta de cuidado à saúde dos idosos da área de abrangência da Unidade. A falta de registro adequado das atividades realizadas dificultou o monitoramento das ações desenvolvidas e pontuar como estava a cobertura antes da intervenção.

Segundo as informações registradas na análise situacional os idosos eram um dos grupos mais vulneráveis da comunidade. Com a proposta de intervenção foram formulados seis objetivos que visavam: ampliar a cobertura de atendimento; melhorar a adesão ao programa; melhorar a qualidade do atendimento; mapear os idosos da área; promover saúde dos idosos e melhorar os registros da informação. Também foram estimadas metas baseadas na capacidade e potencial da equipe de saúde.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Dentre as primeiras atividades realizadas desenvolvemos a capacitação de todos os membros da UBS, onde foram abordados temas como o acolhimento aos usuários maiores de 60 anos, quais são as atribuições dos profissionais, como ocorreria o preenchimento das cadernetas, as fichas espelho, a avaliação multidimensional rápida, a prevenção de quedas em idosos, assim como orientações em relação à alimentação saudável, à prática de exercícios físicos e à saúde bucal.

Além disso, foram realizadas reuniões com o conselho de saúde para informar sobre nosso projeto e para enfatizar a necessidade de que eles realizassem o controle social das ações, envolvendo-se nas buscas ativas dos idosos faltosos, participando das reuniões da equipe, para analisar o andamento da intervenção, e aportando propostas para melhorar nosso atendimento. No primeiro encontro foi discutida a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde e participaram desta atividade outros membros da comunidade, famílias e cuidadores.

Foi realizada também uma reunião com o gestor de saúde para garantir que os instrumentos avaliativos e instrumentais necessários para um andamento adequado da intervenção (balanças, equipe de otorrinolaringologia, esfigmomanômetros, fitas métricas, cartão para avaliação da acuidade visual, etc.) estivessem disponíveis.

Durante o acolhimento as enfermeiras e técnicas de enfermagem realizaram avaliação de peso, estatura, PA, circunferência abdominal e perímetro braquial, e o hemoglicoteste foi realizado nos usuários diabéticos ou com predisposição para o desenvolvimento dela. Durante as consultas também foi calculado o IMC (idosos com menos de 22 ou mais de 27 foram encaminhadas a nutricionista), realizados exames físicos que incluía avaliação das mucosas, da presença de edemas, do aparelho respiratório e cardíaco, dos sinais vitais, dos pulsos, do abdômen, do SNC, dos pés, da cavidade bucal, e sensibilidade superficial e profunda e pele.

Durante o atendimento foram preenchidos prontuários, caderneta do idoso, fichas espelho e livro do programa e informamos aos usuários e a seus familiares sobre a importância da atualização da caderneta em todos os níveis de atenção. Oferecemos também informações individuais sobre alimentação saudável, prática de exercícios físicos, saúde bucal, prevenção de quedas, e etc.

Todos os idosos também tiveram suas redes sociais avaliadas e aqueles que apresentavam uma rede social deficiente por maus tratos, abandono ou negligência foram encaminhados para avaliação pela assistente social do CRAS (centro de referência de assistência social) e os idosos com depressão foram encaminhados a Psicóloga ou Psiquiatra.

Dentre das ações realizadas a que causou um impacto muito positivo na população foi o interrogatório realizado com idosos, pois incluía perguntas do tipo: Em sua família são frequentes as mostras de amor e carinho? Você recebe ajuda de sua família? Você fica triste com frequência ou se sente isolado? O que você acha sobre a sexualidade nos idosos? Você consegue viajar sozinho? Você pode realizar atividades como preparar suas refeições ou lavar sua roupa? Você consegue manejar seu dinheiro? Você gosta da forma que seu cuidador assiste você? Entre outras. Durante as avaliações foram pesquisados sintomas de depressão e foi aplicada a escala de depressão geriátrica nos usuários com sintomas sugestivos da doença. Esses idosos tem anexado no prontuário a escala e o plano de ações implementado para resolver sua situação emocional, com seguimento pela equipe e psicóloga ou psiquiatra.

Os exames indicados durante a avaliação foram: hemograma completo, urina, ureia, creatinina, potássio, glicemia de jejuno e lipidograma. Aos diabéticos foi indicada hemoglobina glicada. Também indicamos ECG, proteinúria de 24 horas e fundoscopia naqueles idosos com que apresentavam HAS e DM há muito tempo para buscar lesões de órgãos. A saúde bucal dos idosos foi avaliada durante no exame inicial e depois eles foram encaminhados ao dentista para tratamento de gengivite, cáries, leucoplasia, eritroplasia, etc.

Dos 135 idosos avaliados 98 (72,2%) recebem medicamentos da Farmácia Popular da Unidade e os outros 37 usuários (27,4%) têm acompanhamento em clínicas privadas ou usam medicamentos associados que não são adquiridos na unidade.

Durante a sala de espera a equipe informava a comunidade como estava o andamento da intervenção e da necessidade da prioridade para o atendimento dos idosos além de exaltara importância da participação deles no estudo para a melhoria de sua qualidade da atenção prestada pela unidade. Semanalmente os dados das avaliações eram repassados para a secretaria de saúde para retroalimentação do SIAB e do ESUS.

Todas as ações previstas foram desenvolvidas e cumpridas de acordo com o cronograma, e isso tudo só foi possível com o apoio da gestão, com a união de todos os membros da equipe, pois cada membro ficou envolvido nas ações

desenvolvidas e assumiu suas atribuições com responsabilidade. Atualmente os profissionais estão mais capacitados para oferecer um atendimento digno, humanizado e integral a nossa população em geral. A intervenção também proporcionou um trabalho integrado e capacitação permanente durante as análises nas reuniões semanais.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

O único problema foi o atraso nas atividades, pois a equipe não deu continuidade às atividades no período em que estive de férias, e está em uma situação preocupante uma vez que estas ações deveriam ser rotinas do serviço por serem preconizadas pelo ministério da saúde e a ausência de um profissional não deveria interromper a realização das atividades.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Encontramos algumas pequenas dificuldades com a coleta e sistematização dos dados relativos à intervenção, com o fechamento das planilhas de coletas de dados e com cálculo dos indicadores, mas, apesar das dificuldades conseguimos desenvolver tudo. Não encontramos dificuldades para o preenchimento da planilha de coleta de dados disponibilizada pelo curso.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Hoje a nossa unidade conta com um registro atualizado do programa de atenção à saúde da pessoa Idosa, que vai nos permitir dar seguimento no futuro, além disso, os profissionais estão instrumentalizados para oferecer um melhor serviço. As avaliações durante o acolhimento incluem não só os idosos, pois são realizados a todos os usuários maiores de 18 anos que assistem a nossa UBS para atendimento.

A qualidade das atividades de grupo também melhorou qualitativamente e quantitativamente, pois as mesmas são planejadas pelos membros da equipe nas reuniões semanais o que é importante, pois é uma forma de manter capacitada e atualizada a equipe, e da realização de educação em saúde. Realizar uma avaliação

do risco cardiovascular e multidimensional rápida, assim como a avaliação da rede social e da fragilidade na velhice dos usuários também é muito gratificante, tendo em vista que não eram rotinas no trabalho da unidade, o qual significa que nossa intervenção não só melhorou a cobertura do Programa, como também a qualidade e a integralidade da atenção. Conseguir interagir com a comunidade no dia a dia da unidade também é muito significativo.

4. Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Objetivo 1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde do idoso da área da Unidade Básica de Saúde Gila Almeida em 80%.

A intervenção foi desenvolvida na UBS Gila Almeida e tratou da atenção à saúde da pessoa idosa. A equipe assiste a uma população de 1430 usuários e a estimativa da população idosa, segundo a planilha de coleta de dados, era de 143 usuários, que correspondia a 10% da população total. O tempo de duração da intervenção foi 12 semanas.

A proporção de idosos foi aumentando gradativamente durante a intervenção. No primeiro mês conseguimos cadastrar 71 usuários (49,7%), já no segundo mês foram 100 (69,9%) e no terceiro 135 (94,4%) (Figura 01). Este ótimo resultado só foi possível porque todos os profissionais participaram ativamente de todas as atividades desde o cadastro dos usuários, nesta fase principalmente os ACS, como nas atividades de acolhimento e nas avaliações. Cabe destacar aqui o importante apoio do conselho de saúde que participou da divulgação das ações das buscas ativas e das visitas domiciliares aos usuários acamados ou com dificuldades de locomoção. A comunidade, os familiares e os cuidadores estiveram bem envolvidos nas ações desde o início da intervenção.

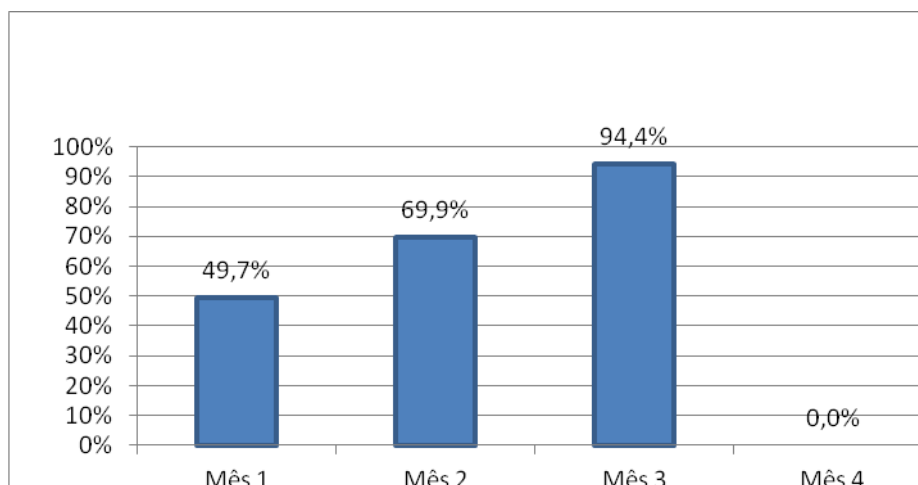


Figura 01: Proporção de idosos cadastrados na USF Gila Almeida do município Jacobina do Piauí/PI, 2015. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

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

Conseguimos realizar a avaliação de 100% dos usuários cadastrados nas avaliações multidimensionais rápidas durante o período da intervenção. A avaliação multidimensional rápida incluiu a avaliação da visão, da audição, da continência urinária, da depressão, da cognição e da memória, dos membros superiores e inferiores, do desenvolvimento das atividades diárias, do número de quedas, rede social, entre outros. Foi a primeira vez que nossa equipe realizou uma avaliação desse tipo na população idosa do município e teve grande aceitação pelos usuários, pelas famílias e pela comunidade.

Acredito que grande parte desse resultado foi devido ao apoio do gestor de saúde, uma vez que este possibilitou que tivéssemos os instrumentos necessários para a avaliação, melhorou a questão das entregas dos exames laboratoriais, conseguiu transporte para os idosos faltosos e garantiu vaga a todos os idosos que necessitavam de consultas com especialistas.

Conseguimos realizar em todos os idosos (100%) cadastrados o exame clínico completo, incluindo o exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e a medida da sensibilidade nos diabéticos. Esse resultado foi possível porque todos os idosos e seus familiares foram informados sobre a importância e a periodicidade das consultas com o médico e a enfermeira. O exame clínico realizado consistia em avaliação das mucosas, procura de edemas, avaliação

do aparelho respiratório (frequência respiratória), do aparelho cardiovascular (frequência cardíaca pulso tibial posterior e pedioso, medição da pressão arterial), abdômen (circunferência abdominal), do SNC e exame físico dos pés e pele. Durante a intervenção foram detectados que dois idosos com diabetes apresentavam neuropatia periférica. Além disso, durante o exame físico também foram avaliados peso, estatura, IMC e perímetro braquial.

Também conseguimos solicitar exames complementares aos 100% (sendo 54 no primeiro mês, 74 no segundo mês e 103 no terceiro mês), dos idosos hipertensos e/ou diabéticos e informamos a importância de serem realizados periodicamente para a estratificação do risco cardiovascular individual. Os exames solicitados foram: hemograma completo, potássio, ureia, creatinina sérica, colesterol total, HDL, LDL, triglicérides, glicemia de jejum, hemoglobina glicosilada (em usuários diabéticos), sumário de urina, microalbuminúria, proteinúria de 24 horas e eletrocardiograma.

A proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada no primeiro mês foi 50 idosos (70,4%), no segundo mês 69 (69%) e no terceiro mês foi de 98 (72,6%) (Figura 02). Os 37 idosos não recebem os medicamentos porque realizam seus acompanhamentos em clínicas privadas ou realizam tratamento com medicamentos que não são comprados pela Secretaria de Saúde. Os dados dos usuários e nomes dos medicamentos com suas doses foram informados a responsável da Farmácia e a gestora de Saúde para garantir a aquisição pelo município e entrega dos mesmos aos idosos. Informamos aos usuários e seus familiares que eles poderão adquirir gratuitamente os medicamentos na UBS.

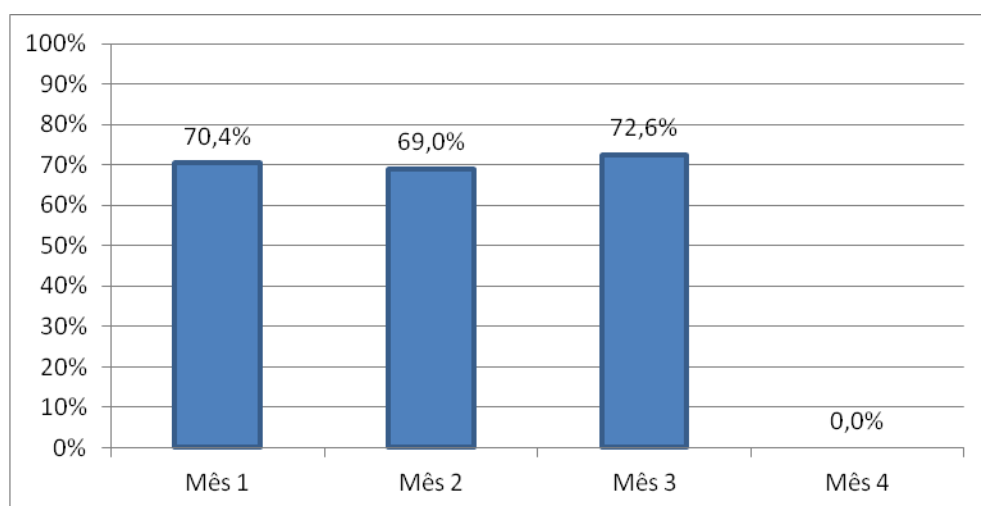


Figura 02: Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada na USF Gila Almeida do município Jacobina do Piauí/PI, 2015. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Durante a intervenção foram cadastrados 18 idosos com problemas de locomoção ou acamados, sendo que no primeiro mês foi de 12 idosos, no segundo mês 18 e no terceiro 18 idosos. Todos estes foram avaliados em seus domicílios pela equipe (médica, enfermeiras, auxiliares de enfermagem, ACS, nutricionista, dentista, fisioterapeuta e trabalhadora social do CRAS). Receberam também as visitas das técnicas do laboratório para coleta das amostras do sangue para a realização dos exames. Eles também receberam orientações acerca da saúde bucal, da alimentação saudável e da prática de exercícios físicos passivos ou assistidos, segundo o grau de incapacitação.

Dentre as ações desenvolvidas pela equipe a que causou maior impacto na população foram as visitas domiciliares realizadas pela nutricionista, pelo dentista e pela assistente social do CRAS.

Conseguimos realizar a aferição da pressão arterial em 100% da população cadastrada e aqueles que apresentaram no exame físico aumentos na pressão arterial e passaram a ser acompanhados por uma semana como foi preconizado pelo ministério da saúde. Todos os idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico da HAS foram rastreados para Diabetes Mellitus. No primeiro mês foram 52 idosos, no segundo mês 70 idosos e no terceiro mês 99 idosos. Destes 11 foram identificados como casos novos durante as atividades da intervenção.

Todos os 135 (100%) idosos foram avaliados acerca da necessidade de avaliação da saúde bucal mesmo para aqueles que apresentam edentulismo para que se faça a detecção precoce de lesões pré-cancerosas, de gengivites, de xerostomia, de cáries, etc. Destes no primeiro mês 33 (46,5%), no segundo mês 96 (96%) e no terceiro mês 135 (100%) tiveram suas primeiras consultas odontológicas programadas (Figura 03). Todos receberam orientações sobre o autoexame da cavidade oral o uso do fio dental, assim como higiene das próteses, entre outras.

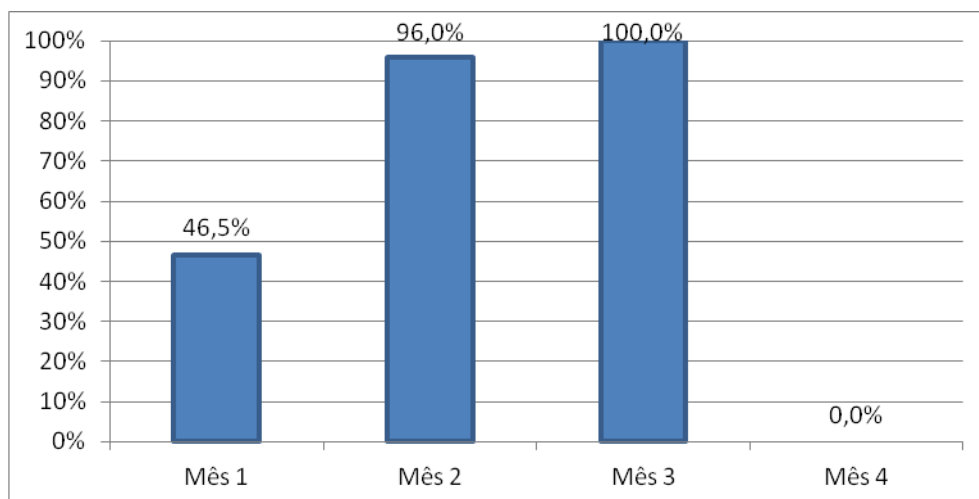


Figura 03: Proporção de idosos com a primeira consulta odontológica programada na USF Gila Almeida do município Jacobina do Piauí/PI, 2015. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

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

Para atingir 100% desta meta nossa equipe contou com o apoio dos ACS e dos membros do conselho de saúde que realizavam visitas aos idosos faltosos e, assim, conseguimos recuperar os ausentes. No primeiro mês foram nove usuários faltosos, no segundo e terceiro mês 12 respectivamente que receberam busca ativa (100%).

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Neste objetivo conseguimos obter 100% dos registros das fichas espelho, dos prontuários, das cadernetas de saúde que foram preenchidas durante o atendimento e atualmente temos um arquivo específico para as mesmas, o que vai permitir avaliar o funcionamento e qualidade do Programa e manter controle e atualização do mesmo no futuro. Além disso, os usuários e seus familiares receberam orientações sobre a importância de que as cadernetas sejam preenchidas nos outros níveis de assistência médica para se ter um controle adequado do acompanhamento do idoso. Os idosos que já tinham cadernetas, mas estas encontravam-se deterioradas tiveram suas cadernetas substituídas.

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

Em relação à avaliação de risco para morbimortalidade, no primeiro mês foram avaliados 63 (88,7%), no segundo mês foram 99 (99%) e no terceiro mês 135

(100%) (Figura 04). O risco foi classificado em A, B ou C, sendo: Risco A (risco cardiovascular global baixo, sem fatores de risco, risco de Framingham menor do 10%, sem lesão dos órgãos alvos); Risco B (risco cardiovascular moderado, presença de fatores de risco, risco de Framingham maior ou igual 10/20% e sem lesão de órgãos alvos) e Risco C (risco cardiovascular alto, lesão de órgãos alvos, risco de Framingham maior 20% e doença cardiovascular clinicamente detectável). Para os usuários com mediano e alto risco (B ou C) foi elaborado um plano de ação com avaliação integral que visa eliminar fatores de riscos modificáveis (obesidade, sedentarismo, tabagismo, dislipidemias, etc.).

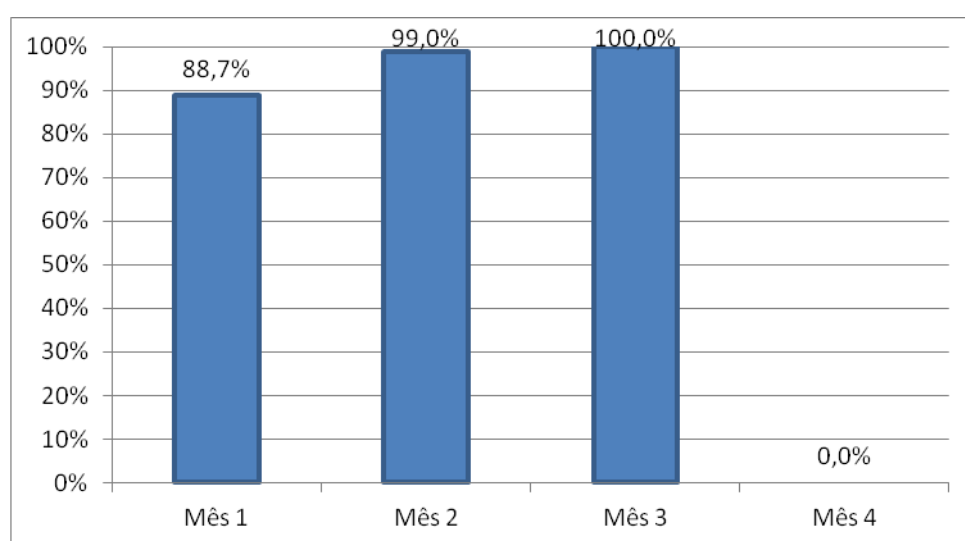


Figura 04: Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade na USF Gila Almeida do município Jacobina do Piauí/PI, 2015. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Todos os usuários idosos (100%) cadastrados tiveram sua fragilidade avaliada tendo em conta o fenótipo relacionado com esta síndrome (perda de peso não intencional de 4,5 Kg ou mais no último ano, fadiga auto referida, diminuição da força muscular na mão dominante, baixo nível de atividade física e diminuição da velocidade da marcha, classificando os usuários em pré-frágeis (1-2 sintomas) ou frágeis. Oferecemos informação as famílias e aos cuidadores sobre as consequências da fragilidade tais como quedas, incapacitação, dependência, entre outras.

A rede social também foi avaliada em 100% dos idosos, sendo a família a principal rede de apoio dos idosos enquanto cuidado, ajuda econômica, etc. Além

disso, os idosos com suspeita de maus tratos, negligência ou abandono, receberam apoio do CRAS e a equipe de saúde.

Objetivo 6: Orientar 100% dos idosos cadastrados sobre hábitos alimentares saudáveis, práticas de atividades físicas e sobre higiene bucal.

Foi realizada uma atividade em grupo voltada para todos os usuários cadastrados e seus familiares, além de orientações nutricionais para hábitos saudáveis com participação da nutricionista e dos membros da equipe. Nesta atividade além de serem discutidos assuntos relacionados à alimentação saudável também foi distribuído um panfleto com o Guia para a população brasileira e outro com Os Dez passos da Alimentação saudável.

Todos os idosos receberam orientação individual e coletiva sobre a importância da prática de exercícios físicos para evitar fragilidade, dependência, para melhorar atividade cardíaca, para evitar osteoporose e quedas, etc. Foi criado também um clube de “Idosos pela Saúde”, onde os idosos realizaram exercícios físicos supervisionados pelo professor, sendo que antes da realização da atividade todos tiveram aferidas suas pressões arteriais pelas técnicas de enfermagem, os idosos se reúnem na praça da UBS 3 vezes na semana e este momento promove a socialização entre eles, a prática física, caminhadas coletivas, atividades de orientação em saúde e até celebração de aniversários coletivos, evitando assim o isolamento dos usuários.

Em relação à higiene bucal todos os idosos cadastrados (100%) receberam individualmente orientação sobre a importância da higiene bucal para evitar doenças odontológicas, também foi realizada uma atividade de grupo sobre este tema com a participação do dentista. Foram oferecidas orientações sobre a escovação, a higiene das próteses, o uso do fio dental, entre outras.

4.2 Discussão

Um dos principais resultados obtidos com a intervenção está relacionado ao aumento da cobertura de atenção à saúde da pessoa idosa que hoje está em 94,4%, levando-se em consideração que nesta unidade as ações direcionadas aos idosos não eram bem desenvolvidas. Após essas ações foi possível diferenciar o cuidado da saúde, secundário a estratificação do risco individual, do tratamento da doença e isto tem um significado importante para a equipe, para a comunidade e para a gestão em geral.

Para a população este resultado significa também a facilidade do acesso aos serviços e a forma com que foram acolhidos pela unidade para que suas necessidades fossem escutadas e atendidas.

Antes do início da intervenção, o atendimento à população idosa significava um conjunto de ações em que a promoção da saúde era substituída pelo atendimento das situações agudas e era praticamente limitado a receber consultas de demanda espontânea. Atualmente o acompanhamento inclui os idosos sem doenças associadas e são dirigidas as pesquisas e erradicação de fatores de risco, principalmente, com orientações à saúde, segundo o que é preconizado pelo Ministério de Saúde.

Nesse sentido, pode-se afirmar que avançamos muito, pois nossa equipe está oferecendo promoção à saúde, evitando assim o aparecimento da fragilidade e dependência desta população.

Após a intervenção a equipe está mais qualificada para oferecer um atendimento integral e de qualidade a população maior de 60 anos, apresenta domínio de técnica para avaliação dos pés, dos pulsos, do perímetro braquial, da pressão arterial, da hemoglicoteste e etc., e cada profissional tem bem definidas as suas atribuições. A intervenção promoveu e intensificou o trabalho integrado de todos os membros da equipe e conscientizou os profissionais da necessidade de se abranger em as atividades dentro da unidade.

Antes da intervenção existia um grande número de idosos sem avaliação odontológica e que acreditavam que não precisavam de avaliação de dentista por apresentar edentulismo, mas com a intervenção foi possível organizar o

agendamento das consultas, e isso demonstrou um ganho importante no cuidado ao idoso. Toda a população alvo recebeu orientações sobre a importância do autoexame da boca, sobre quais cuidados precisam ter com sua saúde bucal para evitar o carcinoma bucal. A capacitação sobre o tema de saúde bucal foi de muito significado para idosos e seus familiares.

Além da saúde bucal, os registros de dados de cobertura da população alvo foi um ganho significativo para a equipe de saúde e para a gestão. Atualmente é possível monitorar as atividades de acompanhamento dos idosos da área. Estas ações também permitiram que fossem distinguidos os idosos com fragilidade, com dependência ou com estratificação do risco cardiovascular individual, para que assim sejam priorizados os atendimentos dos mesmos. Também foram priorizados os idosos acamados ou com dificuldade de locomoção que precisavam de visitas domiciliares periódicas e os idosos que precisam de acompanhamento pela equipe social do CRAS por apresentar uma rede de apoio social frágil.

Com a intervenção também foi possível monitorar a adesão ao tratamento preventivo e medicamentoso indicado àqueles idosos com algumas morbidades como a obesidade, o sedentarismo, a dislipidemia, entre outras. Os benefícios obtidos com a intervenção permitiram avanços na promoção da saúde e nas atividades da equipe de saúde.

Um ganho importante que a comunidade conseguiu foi que as ações do projeto exercesse controle social, uma vez que o conselho de saúde não funcionava no município. As orientações para os cuidados com a saúde bucal, a prática de atividades físicas e a alimentação saudável foram muito importantes para os usuários idosos e seus familiares.

Atualmente, alguns idosos ainda não estão cobertos, mas continuamos trabalhando para cadastrar e avaliar todos os usuários estimados na área adstrita da unidade.

O desenvolvimento da intervenção poderia ter sido melhor se durante as férias do médico os outros membros da equipe tivessem continuado com as ações. O que poderia ter contribuído para o alcance da meta mais rápido seria se os membros da equipe tivessem sido incluídos nas ações desde a análise situacional,

onde foi observado que o programa não estava cumprindo a meta e nem as diretrizes preconizadas pelo ministério da saúde.

Os ótimos resultados encontrados após a intervenção possibilitaram que as ações realizadas foram incorporadas à rotina da equipe e temos certeza que conseguiremos atingir a nossa meta de 100%. Na atualidade os agentes comunitários de saúde continuam atualizando cadastro da população idosa e agendando consultas para sua avaliação posterior na unidade, o preenchimento das cadernetas, prontuários e fichas espelhos é garantido pelos profissionais da equipe, a gestão forneceu os instrumentos de avaliação para à população idosa estimada. Atualmente as avaliações durante o acolhimento continuam sendo realizadas com qualidade e foram estendidos a outros usuários da unidade, as atividades de educação em saúde continuam sendo planejadas e discutidas nas reuniões da equipe porém sua qualidade melhorou consideravelmente.

Nossa equipe continua atualizando os exames laboratoriais preconizados pelo Ministério da Saúde à população idosa, pois pretendemos realizar a estratificação do risco cardiovascular individual do 100% da população maior de 60 anos, além disso na busca da melhoria da atenção à saúde no serviço essas ações foram estendidas a usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da área de abrangência da unidade, porém a equipe terá ferramentas para criar plano de ações visando a erradicar fatores de risco modificáveis e criando assim fatores protetores para garantir qualidade de vida.

A qualificação da prática clínica permanente durante o planejamento das atividades de grupo garantirá a instrumentalização atualizada dos membros da equipe o que afiançará a prestação de um serviço de qualidade visando a promoção de saúde, neste momento a estrutura física da UBS está sofrendo modificações para eliminar barreiras arquitetônicas e erradicar aquelas condições estruturais que estão fora de padrão.

5. Relatório da intervenção para gestores

No curso de especialização em Saúde da Família promovido pela Universidade Aberta do SUS em parceria com a Universidade Federal de Pelotas, na modalidade de educação à distância, foi solicitado como elaboração do trabalho de conclusão de curso a realização de uma dada ação programática fruto da identificação de uma análise situacional da população atendida na UBS Gila Almeida.

Depois de realizada a análise situacional nossa equipe avaliou a necessidade da implementação do Programa de Atenção à Saúde da pessoa Idosa utilizando os protocolos do Ministério da Saúde.

Apesar da equipe sempre ter registrado os dados relativos aos atendimentos dos idosos no programa de atenção à hipertensão e diabetes, estes registros eram insuficientes. As avaliações do tipo multidimensional rápida, da fragilidade dos idosos ou da rede social são aspectos importantes para alcançar uma atenção integral da pessoa idosa, e estes não eram realizados, o que tornava impossível, por exemplo, saber a proporção de idosos pre-frágeis ou frágeis, com rede social afetada ou qual a classificação individual do risco cardiovascular. Dessa maneira, a equipe não conseguia monitorar, nem avaliar o estado de saúde da população alvo do programa.

Com a implementação do Projeto de intervenção proposto no curso esse panorama mudou positivamente. Nossa equipe assiste uma população de 1430 usuários e a estimativa da população idosa é 143 usuários. Nossa meta de cobertura foi de 80% desta população. Ao final do projeto conseguimos ampliar a cobertura da atenção ao idoso em 94,4% (135 idosos).

Todas as ações propostas pelo protocolo do ministério da saúde foram implementadas e produziram efeitos positivos na detecção precoce e morbidades. Para melhorar o registro específico das pessoas idosas foram utilizadas as fichas espelho, os prontuários e a caderneta de saúde da pessoa idosa que eram preenchidas durante o atendimento.

A meta de cobertura foi bastante satisfatória e isso em razão das ações de acolhimento e busca ativa dos usuários faltosos às consultas programadas e contamos com o apoio dos ACS e dos membros do conselho de saúde. Durante a intervenção foram cadastrados 18 idosos com problemas de locomoção ou

acamados e todos foram visitados pela equipe. Todos idosos também foram avaliados pela equipe de saúde bucal. Todos também receberam orientações individuais e coletivas sobre hábitos alimentares saudáveis, para a prática regular de atividade física, entre outras.

Quanto à gestão, seu papel foi garantir que todas as ações planejadas pela equipe tivessem resultados satisfatórios e temos que agradecer toda a confiança depositada na equipe, pois temos certeza que sem essa contribuição e apoio o desenvolvimento da intervenção não teria os resultados que tivemos.

Podemos apontar aspectos dependentes da gestão que foram importantes para viabilizar e/ou melhorar a intervenção realizada, dentre deles a aquisição de equipes novos como esfigmomanômetros, estetoscópio, equipe de otorrinolaringologia, tabelas de Snellen, fitas métricas, balanças, os instrumentos da avaliação, arquivo destinado ao programa de saúde de pessoa idosa, disponibilidade de transporte para a busca ativa dos usuários faltosos e para a realização das visitas domiciliares, lembranças oferecidas durante as atividades de grupo, etc.

Consideramos necessário destacar que existem aspectos da gestão que melhorados poderiam ajudar a qualificar ainda mais o serviço, viabilizando a ampliação da intervenção deste programa e de outras ações programáticas como, por exemplo, incentivar os profissionais da unidade a desenvolver intervenções que favoreçam outros usuários como pré-natal, câncer de colo de útero e mama, pessoas com hipertensão arterial e diabetes mellitus, facilitar a capacitação individual dos profissionais através da participação dos eventos promovidos pelo MS, garantir a qualidade técnica das equipes, adquirir os medicamentos da farmácia básica para disponibilizar a todos os usuários do programa.

A equipe tem interesse em manter o trabalho com a mesma qualidade e incorporar as ações preconizadas pelo ministério de saúde na rotina diária de trabalho para que possamos promover um serviço digno, integral e de qualidade para a população.

6. Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezada População,

Através dessa carta a equipe 1 da UBS Gila Almeida, vem informar à todos os idosos, familiares, cuidadores e a comunidade em geral os resultados obtidos durante a intervenção no Programa de Atenção à saúde da pessoa Idosa desenvolvido como produto do Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), como parte das atividades vinculadas ao Programa Mais Médicos para o Brasil.

Apesar da equipe sempre ter registrado os dados relativos aos atendimentos dos idosos no programa de atenção à hipertensão e diabetes, estes registros eram insuficientes. As avaliações do tipo multidimensional rápida, da fragilidade dos idosos ou da rede social são aspectos importantes para alcançar uma atenção integral da pessoa idosa, e estes não eram realizados, o que tornava impossível, por exemplo, saber a proporção de idosos frágeis, com rede social afetada ou qual a classificação individual do risco cardiovascular. Dessa maneira, a equipe não conseguia monitorar, nem avaliar o estado de saúde da população alvo do programa.

Com a implementação do Projeto de intervenção proposto no curso esse panorama mudou positivamente. Nossa equipe assiste uma população de 1430 usuários e a estimativa da população idosa é 143 usuários. Nossa meta de cobertura foi de 80% desta população. Ao final do projeto conseguimos ampliar a cobertura da atenção ao idoso em 94,4% (135 idosos).

Todas as ações propostas pelo protocolo do ministério da saúde foram implementadas e produziram efeitos positivos na detecção precoce e morbidades. Para melhorar o registro específico das pessoas idosas foram utilizadas as fichas espelho, os prontuários e a caderneta de saúde da pessoa idosa que eram preenchidas durante o atendimento.

A meta de cobertura foi bastante satisfatória e isso em razão das ações de acolhimento e busca ativa dos usuários faltosos às consultas programadas e contamos com o apoio dos ACS e dos membros do conselho de saúde. Durante a intervenção foram cadastrados 18 idosos com problemas de locomoção ou acamados e todos foram visitados pela equipe. Todos os idosos foram avaliados pela equipe de saúde bucal e receberam orientações individuais e coletivas sobre

hábitos alimentares saudáveis, para a prática regular de atividade física, entre outras.

Para o bom andamento das ações, nossa equipe contou com o apoio dos membros do Conselho de Saúde, profissionais do Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e ACS, todos, participamos da divulgação das atividades do serviço e participam das atividades de grupo, visitas domiciliares e reuniões da equipe com a representação da comunidade, informando suas necessidades sentidas para dar solução a cada uma delas.

Na atualidade vocês podem ter a segurança de que a equipe 1 continuará trabalhando na intenção de melhorar sua qualidade de vida e, para isso, tomará as medidas necessárias para evitar a ocorrência daquelas doenças potencialmente evitáveis ou conseguir o controle das doenças crônicas transmissíveis, com a certeza de que, em caso de adoecimento, serão prontamente acolhidos e atendidos pelos profissionais da Unidade e receberão um atendimento integral.

Buscamos com essa carta informar a cada um de vocês às mudanças acontecidas em nosso atendimento. Atualmente nosso serviço está mais organizado, dispõe de um registro do Programa, realiza atividades de grupo de qualidade, graças aos ensinamentos facilitados pelo curso de Especialização em Saúde da Família, da Universidade Federal de Pelotas. Contudo, consideramos, ainda, que podemos fazer mais e melhor com a integração de todos os membros da comunidade e organizações sociais. Podem ter a certeza que o programa beneficiará a uma quantidade maior de idosos e vai ser mantido, como parte da rotina de trabalho da equipe. Esperamos continuar com essa parceria.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Minhas expectativas iniciais com a especialização eram positivas, tendo em conta que o curso possibilitaria o conhecimento sobre os protocolos de atendimento preconizados pelo Ministério da Saúde no Brasil, os quais são muito diferentes dos de Cuba, o curso facilitaria ainda os conhecimentos que nos permitiriam interagir com os profissionais da equipe na busca da melhoria do serviço, visando mudar estilos de trabalhos meramente assistenciais a um atendimento visando à promoção à saúde. Esta perspectiva é a razão da atenção básica, mas ainda significa um desafio para nós, somado a isso a missão dos profissionais estrangeiros para desenvolver ações de saúde encaminhadas ao bem-estar da população não foi uma tarefa fácil, pois tivemos desencontros com a gestora de saúde até mesmo com os ACS, mais posso dizer que conseguimos mudar situações difíceis com a conscientização dos membros da equipe.

Quando conheci a proposta da intervenção do curso percebi que o processo de aprendizagem seria facilitado. O fato de ir construindo, aos poucos, o projeto permitiu, não apenas, conhecer os temas contidos, como também entender a lógica de construir um processo de intervenção e a aprendizagem foi dando-se de forma gradual aplicando na prática os temas discutidos.

Inicialmente não gostei da ideia da aprendizagem a distancia, porque era uma experiência nova para mim, mas com o passar do tempo entendi que a aprendizagem a distância pode sim ser uma realidade, tudo depende do interesse do especializando e da assistência oferecida pela universidade. Posso assinalar também que minha aprendizagem incluiu além dos conteúdos do curso, uma melhoria significativa na compressão e escrita da língua portuguesa, fato que facilitou meu trabalho com a população.

Uma das estratégias de aprendizagem que gostei muito foram os estudos de prática clínica, achei muito prático e efetivo para a revisão de temas em que tínhamos dificuldades, tendo em conta que são protocolos de seguimento diferentes do nosso país. Somado a isso, os Testes de Qualificação Cognitiva foram uma das modalidades de aprendizagem que mais gostei, além disso, devo assinalar que o tempo que dispunha para desenvolver o estudo foi escasso, considero factível flexibilizar pedagogicamente o tempo individual de aprendizagem do aluno. Considero também que o incentivo para o debate nos Fóruns não motivou

suficientemente os especializados, apesar das chamadas dos orientadores a participar. De forma geral posso dizer que o curso foi uma experiência muito válida que ajudou a melhorar minha prática profissional.

Referências

- BRASIL. **Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011 a, 2012 b.
- BRASIL. **Cartilha Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. **Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013**. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011
- BRASIL. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSI**. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 out. 2006.
- CAMACHO, A. C. L. F.; COELHO, M. J. Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 2, p. 279-84, 2010.
- CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19; p. 725-33, 2003.
- PARAHYBA, M. I.; SIMÕES, C. C. S. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 967-74, 2006
- BRASIL. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Apêndices

Apêndice A – Ficha complementar para registro de avaliação em saúde do idoso

Programa Saúde da Pessoa Idosa. Ficha complementar

UBS Gila Almeida. Equipe de Saúde 1. Ano 2015

Nome e Sobrenome do Idoso: _____

Endereço _____

Data de nascimento: _____ Idade: _____ Telefone _____

Data da avaliação: _____

1-Patologias associadas (marque com X)

Asma Bronquial _____ DPOC _____ Tuberculose _____ Epilepsia _____

Hanseníase _____ Doença de Chagas _____ Câncer _____ Cardiopatias _____

Outras _____

2- Resultados do exame Físico da cavidade oral (Marque com X)

Gengivite _____ Leucoplasia _____ Eritroplasia _____ Cáries _____ Edentulismo _____

Outras alterações _____

Data de encaminhamento _____ Data de avaliação _____

Data de terminação do tratamento _____

3- Resultados do Exame físico dos pés (Marque com X)

Fungos das unhas _____ Micoses _____ Mal perfurante plantar _____

Outras alterações _____

4- Resultados do exame físico do sistema arterial periférico e profundo (Marque com X)

Varizes _____ Micro varizes _____

Outras alterações (descrever) _____

Pulsos tibiais posteriores (descrever)

Pulsos pediosos (descrever)

Encaminhamento a outras especialidades: Sim _____ Não _____ Qual _____

Data do encaminhamento _____ Data de avaliação _____

Assinatura do profissional que avaliou

Apêndice B – Fotos da intervenção

Fotografia 1 Exame físico dos pulsos pediosos e tibiais posteriores dos idosos.



Fonte: diário da intervenção

Fotografia 2. Exame físico dos MMSS dos idosos.



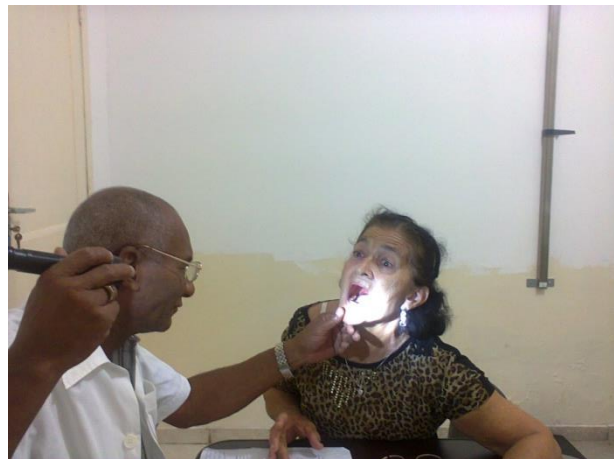
Fonte: diário da intervenção

Fotografia 3. Avaliação multidimensional rápida dos idosos



Fonte: diário da intervenção

Fotografia 4. Avaliação da saúde bucal dos idosos




Fonte: diário da intervenção

Fotografia 5. Criação do Conselho de saúde comunitário.



Fonte: diário da intervenção

Anexo C - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^{fa} Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

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

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Assinatura do declarante