

**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 dos Idosos na UBS Barão, no município de
Barão/RS**

ALIAN SENDÓ RIERA

**Pelotas, RS
2015**

ALIAN SENDÓ RIERA

**Melhoria da Atenção à Saúde dos Idosos na UBS Barão, no município de
Barão/RS**

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: Nailê Damé-Teixeira.

Pelotas, RS

2015

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

R558m Riera, Alian Sendo

Melhoria da Atenção á Saúde dos Idosos na UBS Barão, no Município de Barão/RS / Alian Sendo Riera; Nailê Damé-Teixeira, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

99 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. Damé-Teixeira, Nailê, orient.
II. Título

CDD : 362.14

Dedicado para toda minha família que tanto me apoia, anima, ainda que esteja à distancia; para minha Equipe de trabalho que se esforçou e empenhou; para meus pacientes; para meus colegas cubanos integrantes do Programa Mais Médicos no Brasil que igual a mim, ainda longe de nossos seres queridos, se sacrificaram para oferecer nossos conhecimentos, nossa atenção de todo coração para o povo Brasileiro.

Agradecimentos

Madre: No existem palavras, nem forma de expressar o muito que significas para mim, graças por guiar-me pelo caminho da Medicina.

Padre: Por haver-me inculcado valores muito importante para conduzir-me adequadamente neste mundo e ser um home de bem.

Irmã: Por ser um anjo não precisa ter asas, só tem que ser especial na vida de outra pessoa, como tu representas na minha.

Professores: Por acolher-me como um filho mais de vocês, e ensinar-me e preparar-me para cumprir com o dever como promotor de Saúde em qualquer parte do mundo onde precisarem de meu conhecimento.

Pátria: Por permitir-nos nossa formação, alcançar o sonho de ser medico, e oferecer saúde para os mais necessitados.

Resumo

RIERA, Alian Sendo. **Melhoria da Atenção à Saúde dos Idosos na UBS Barão, no município de Barão/RS**. 2015. 99f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

Atualmente, a saúde da pessoas idosa representa um tema de muita importância, pois tem havido um aumento significativo da expectativa de vida e, como consequência, a pirâmide demográfica apresenta-se em envelhecimento progressivo. Com o passar dos anos, a vitalidade do corpo não é a mesma, os ossos não tem a mesma nutrição, suportam cargas de menor força com perda do cálcio, fator fundamental que propiciam as fraturas patológicas. A imunidade do organismo fica comprometida e por isso as infecção são mais frequentes. As doenças crônicas, como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) são mais frequentes, com grande morbimortalidade. Por isso, torna-se relevante voltar a atenção das equipes de saúde para melhoria do atendimento e acompanhamento dos idosos para garantir um envelhecimento adequado e saudável. Foi realizada uma intervenção com objetivo principal de melhorar a atenção saúde dos idosos na UBS Barão, município de Barão/RS, para o qual a equipe desenvolveu uma série de ações dentro de quatro eixos: organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, engajamento público e qualificação da prática clínica. A intervenção foi realizada durante o período de abril a julho do 2015, totalizando 12 semanas dirigidas para o aumento de cobertura e qualificação da atenção dos idosos da área de abrangência. Os resultados da intervenção mostram o cadastramento de 625 idosos, o que representou 77,2% do total da população alvo no final do período intervenção. Com relação a qualidade, a proporção de idosos com avaliação multidimensional rápida e atendimento clínico de acordo com o protocolo foi 100%, dentre outras melhorias como consulta odontológica, rastreamento para HAS e DM e visitas domiciliares a todos os idosos acamados ou com dificuldade de locomoção. Através de ações de promoção em saúde, a população adquiriu conhecimentos sobre hábitos alimentares saudáveis, prática regular de exercícios físicos, abandono do tabagismo e saúde bucal. As dificuldades que a população apresenta com os serviços de saúde foram observadas e, então, foram traçadas medidas para melhorar acesso aos serviços de atenção básica, assim o serviço de saúde no município de Barão teve uma melhor organização, economizando recursos desta foram. Além disso, a equipe da UBS Barão ficou mais unida e as ações desenvolvidas durante a intervenção agora fazem parte da rotina de trabalho.

Palavras- chave: Saúde da família; Atenção Primária à Saúde; Saúde do Idoso; Assistência domiciliar; Saúde Bucal.

Lista de Figuras

Figura 1	Proporção de Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na UBS Barão, Barão. RS. 2015.	81
Figura 2	Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia na UBS Barão, Barão. RS. 2015.	82
Figura 3	Proporção de idosos com Examine Clínico apropriados em dia na UBS Barão, Barão. RS. 2015.	83
Figura 4	Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia na UBS Barão, Barão. RS. 2015.	84
Figura 5	Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada na UBS Barão, Barão. RS. 2015.	85
Figura 6	Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta na UBS Barão, Barão. RS. 2015.	86
Figura 7	Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar na UBS Barão, Barão. RS. 2015.	87
Figura 8	Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta na UBS Barão, Barão. RS. 2015.	88
Figura 9	Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes na UBS Barão, Barão. RS. 2015.	89
Figura10	Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Barão, Cidade Barão. RS. 2015.	90
Figura 11	Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática na UBS Barão, Cidade Barão. RS. 2015.	91
Figura 12	Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa na UBS Barão, Cidade Barão. RS. 2015.	92
Figura 13	Proporção de idosos com registro na ficha espelha em dia na UBS Barão, Barão. RS. 2015.	93
Figura 14	Proporção de idosos com Caderneta de Saúde das Pessoas Idosa na UBS Barão, Barão. RS. 2015.	94
Figura 15	Proporção de idosos com avaliação de risco para	95

morbimortalidade em dia na UBS Barão, Barão. RS. 2015.

- Figura 16 Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia na UBS Barão, Barão. RS. 2015. 96
- Figura 17 Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia na UBS Barão, Barão. RS. 2015. 97
- Figura 18 Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis na UBS Barão, Barão. RS. 2015. 98
- Figura 19 Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividades física regular na UBS Barão, Barão. RS. 2015. 99
- Figura 20 Proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia na UBS Barão, Barão. RS. 2015. 100

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

APS -	Atenção Primária de Saúde
ACS -	Agente comunitário de Saúde
APAE -	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
CAP -	Caderno de Ação Programática
CRAS -	Centro de Reabilitação e Assistência Social
DM -	Diabetes Mellitus
ESB -	Equipe de Saúde Bucal
ESF -	Estratégia da Saúde da Família
IMC -	Índice de Massa Corporal
HDL -	Lipoproteína de Baixa Densidade
HAS -	Hipertensão Arterial Sistêmica
LDL -	Lipoproteína de Alta Densidade
PSA -	Antígeno Prostático Específica
SIAB -	Sistema de Informação de Atenção Básica
TGO -	Transaminase Glutâmico Oxalacética
TGP -	Transaminase Glutâmico Pirúvica

Sumário

Apresentação	10
1 Análise Situacional	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	11
1.2 Relatório da Análise Situacional	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	20
2.2 Objetivos e metas	23
2.2.1 Objetivo geral	23
2.2.2 Objetivos específicos e metas	23
2.3.3 Logística	49
3 Relatório da Intervenção	53
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	53
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	58
4 Avaliação da intervenção	59
4.1 Resultados	59
4.2 Discussão	77
5 Relatório da intervenção para gestores	81
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	84
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	86
Referências	88
Apêndices	91
Anexos	96

Apresentação

Este trabalho de conclusão de curso de especialização em saúde da família EAD UFPEL/UNASUS trata-se da descrição da intervenção realizada para a melhoria da saúde das pessoas idosas no município de Barão, no período de abril a julho dos 2015. Para isso, uma Análise Situacional foi desenvolvida e será apresentada em forma de relatório na sessão 1. Logo, foi realizada uma Análise Estratégica, através do desenvolvimento de um projeto de intervenção, contendo objetivos, metas, ações e indicadores para avaliação da intervenção, que será apresentado na sessão 2. Após a intervenção, foi escrito um Relatório da Intervenção, mostrando as ações planejadas que foram realizadas ou não e a viabilidade da manutenção dessas ações na rotina da UBS, que será mostrado na sessão 3. Por último, uma avaliação quantitativa e discussão dos resultados será apresentada, seguida da apresentação dos relatórios para gestores e comunidade e uma reflexão do processo de aprendizagem.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A situação da Unidade Básica de Saúde (UBS) Barão pode ser considerada boa, porque tem uma boa organização dos recursos para saúde da população no município. A atenção primária à saúde é desenvolvida através do contato direto com a população mais necessitada, nos interior do município de Barão, atingindo as doenças principais e a prevenção das mesmas. As principais doenças observadas nesse município são as perturbações depressivas, com tendência a suicídio e as doenças crônicas não transmissíveis. Apesar disso, o trabalho das equipes de saúde da UBS Barão tem sido encaminhado para a prevenção dessas doenças.

A população do município de Barão segundo dados coletados em 2000 tem uma expectativa de vida de 74,18 anos. De acordo com o censo do IBGE 2010, a população é de 5.741 habitantes, com descendência de alemães e italianos (IBGE, 2010).

Esta UBS conta com dezesseis salas uma recepção e uma sala de espera. É realizado todo o serviço administrativo e burocrático, na administração da Secretaria da Saúde. A população conta com serviço de fichário para agendamento de consultas da rede básica, agendamento das especialidades (consultas e exames), agendamento de veículos para transporte para centros maiores, agendamento e atendimento das especialidades de cardiologia, ginecologia, nutrição, pediatria, psiquiatria, psicologia e clinica médica (através de convênio com Hospital São José) atendimento médico através de um profissional clínico geral e médico de saúde da família. Este último perfaz quarenta horas semanais na UBS, dos quais um dia e meio por semana são utilizados para visitas domiciliares, pré agendadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Além do atendimento médico, também funciona o serviço de enfermeira, farmácia com medicamentos para os usuários,

setor de vigilância sanitária e epidemiológica com sala de vacinas, almoxarifado, atendimento odontológico e coordenação do ESF e Saúde Bucal. Contamos com três consultórios, uma sala de triagem, uma sala de esterilização e um ambulatório. O atendimento odontológico conta com três profissionais que atendem as três UBS do Município. Além das ações curativas é realizado um trabalho de prevenção junto às escolas do município, onde todos os anos são distribuídos para os alunos kits compostos por escova e pasta de dente. Nossa equipe de saúde está integrado por 7 agente de saúde, 3 dentista, 2 enfermeira, 2 técnica de enfermeira, 1 técnica em odontologia, 1 técnica em farmácia e 2 médico.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Barão, que se emancipou no ano 1988, ou seja, é um município muito novo. Situa-se na encosta superior do nordeste, a uma distância de 120 km da capital do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. Inicialmente, possuía área geográfica de 184 Km e população de 10.529 habitantes, porém, com o desmembramento das áreas de Boa Vista, Carolina, Trípoli e Coblens e anexação aos municípios de Poço das Antas, Boa Vista do Sul e Carlos Barbosa, sua área abrange hoje 122 km² e população. O município é formado pelos distritos de Arroio Canoas, Francesa Alta, General Neta e Francesa Baixa. Barão limita-se ao norte com Carlos Barbosa, ao sul com Salvador do Sul, São Pedro da Serra e Tupandi, a leste com Bom Princípio e São Vende Lino e a oeste com Boa Vista do Sul e Poço das Antas.

Barão possui uma população de 6.050 habitantes, que conta com três UBS; 1 Urbana e 2 Rurais, com ESF. Há disponibilidade de NASF e CEO, com disponibilidade de atenção especializada em Odontologia, Cardiologia, Psiquiatria, Psicologia, Nutricionista e Ginecologia, com serviço hospitalar e disponibilidade de exames complementares. Há estrita relação com as instituições de ensino, tais quais as escolas de ensino fundamental e escolas de ensino médio. As ESF contam com duas equipes de saúde, os quais são compostas cada uma por um médico, uma enfermeira, dois técnicos de enfermeira, 7 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A estrutura da UBS oferece um bom acolhimento para os usuários. O prédio da UBS é adaptado para o acesso de pessoas portadoras de deficiência, eliminando as barreiras arquitetônicas. Existem rampas alternativas para garantir o acesso de

todas as calçadas do prédio permitem o deslocamento seguro de deficientes visuais, cadeirantes e idosos, existem corrimãos nas escadas, rampas e corredores para auxiliar o acesso de usuários com mobilidade reduzida. Nossa UBS consta com um consultório médico, abrigo de resíduos, administração e gerência, almoxarifado, banheiro para funcionários, banheiro para os usuários, copa/cozinha, depósito de limpeza, depósito de lixo, escovódromo, sala de espera, farmácia, recepção, sala de esterilização, sala de nebulização, sala de recepção, lavagem e descontaminação de material, sala de reuniões e educação em saúde, sala de utilidades, sala de vacina, sala para ACS. Temos uma pequena demanda de atendimentos, já que as pessoas têm outros planos de atendimentos em saúde, ou atendimento particular, e assim o trabalho preventivo e de promoção em saúde é facilitado. Nosso registro dos atendimentos dos pacientes acontece por meio dos prontuários eletrônicos. Em minha opinião, destaco como aspecto positivo desta UBS a disponibilidade de medicação para oferecer tratamento para um grande percentual de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis e crônicas transmissíveis. Dos medicamentos em maior demanda pela população estão os analgésicos, antiinflamatórios, antialérgicos, antibióticos, anti-hipertensivos, para o tratamento da diabetes, anticoncepcionais, e muitos outros de muita importância para oferecer atendimento médico.

Com uma área adstrita de 4.150 habitantes, com 2.175 do sexo masculino e 1.900 do sexo feminino. Destes, 19 são menores de 1 ano, 810 são pessoas acima de 60 anos, sendo que esses dados mostram que nossa população adstrita é uma população em envelhecimento. Temos 2 equipes de saúde da família (ESF), sendo cada uma responsável pelo atendimento de 2.075 pessoas. Esse número está de acordo com o que é determinado pelo Ministério da Saúde brasileiro, que determina que uma Equipe ofereça atendimento para até 4.000 habitantes.

Não temos demanda reprimida de atendimentos, pois como já expliquei, muitas pessoas nesta área usam outro tipo de serviço de saúde (particular, convênios). Neste ponto, felizmente não precisaremos demandar tempo e recursos humanos em ações para melhorias na disponibilidade de atendimento. Nesse município, o fator demanda espontânea não representa um problema, já que a população tem muita alternativa de atendimento médico em diferentes tipos de serviços de saúde. Além disso, a população da área adstrita de cada ESF é bem

menor do que o máximo determinado pelo Ministério da Saúde (2.500 usuários, quando o máximo de usuários que a equipe pode oferecer atendimento é 4.000).

A saúde da criança representa uma dos programas principais de trabalho. Temos 230 crianças de 0 a 72 meses na área e a atenção a estas envolve toda a equipe profissional: ACS, enfermeira, dentista, técnicos, médico, nutricionista, psicólogas, todos com o objetivo de acompanhar o crescimento e desenvolvimento saudável. São utilizados protocolos de atendimento de puericultura, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, de problemas de saúde bucal, problemas de saúde mental. Há captação precoce da criança na primeira semana de vida, orientando as mães sobre os principais cuidados do bebê, a importância do aleitamento materno, prevenção de anemia, sobre a importância do teste do pezinho, alimentação saudável, as importâncias de cumprir com o esquema de vacinas para protegê-los de muitas doenças. Fazemos acompanhamento da curva de peso, para avaliar seu crescimento e estado nutricional em conjunto com a nutricionista. Sua maturidade neurológica vai sendo avaliado em todas as consultas, para o diagnóstico precoce de doenças neurológicas. Utilizamos os protocolos para regular o acesso das crianças a outros níveis do sistema de saúde: para encaminhamento para atendimento nas especialidades, para internação hospitalar, para serviços de pronto atendimento, para atendimento em pronto socorro, aspecto no qual não temos demanda de atendimento, tampouco em doença aguda na criança. Os atendimentos das crianças da puericultura são registrados em formulários especiais da puericultura e em os prontuários clínicos. Nossa forma de registro para a saúde da criança permitiu o preenchimento do caderno de ações programáticas (CAP). Podemos observar uma cobertura de 25% (n=18) e indicadores de qualidade em 100% (n=18).

Para uma mulher conceber é preciso levar a cabo uma boa atenção pré-concepção. Em nossa UBS preparamos as mulheres para enfrentar este período da vida com qualidades físicas e psíquicas adequadas, para alcançar uma etapa pré-natal com boa saúde com integração de todos os ACS, enfermeira, técnicos, médicos neste processo da classificação dos riscos pré-concepção e captação precoce. Temos apenas 15 gestantes na área e, assim, oferecemos 100% de atenção ao pré-natal, com orientação dos exames médicos na primeira consulta, com bom acompanhamento por dentista, enfermeira, ginecologista, nutricionista, psicólogo; para avaliar riscos gestacionais e cumprir protocolos de tratamento.

Objetivamos alcançar o binômio mãe-bebê em bom estado de saúde, condições ótimas para enfrentar o momento do parto e o puerpério, muito importante para saúde da mãe. Este período representa um momento vital na evolução delas, onde podem acontecer uma série de eventos fatais ou perigosos para a saúde, por isso para nos representa um momento de muita atenção. Nossa forma de registro para pré-natal e puerpério permitiu o preenchimento do CAP. Além da cobertura de 17% (n=15) e 64% (n=46) das gestantes e puérperas da área, os indicadores de qualidade ficaram todos em 100%, lembrando que a baixa cobertura está relacionada com a preferência da população em usar outros serviços de saúde particular ou convênios.

As ações de controle do câncer de colo de útero e de mama são de grande importância na atenção primária à saúde, já que as ESF representam o primeiro contato com os principais grupo de riscos. Estas doenças cada ano levam mais vidas e demandam do sistema de saúde tratamentos onerosos, e as ESF são onde se deve fazer e encaminhar todas as ações de promoção e prevenção, com o objetivo de diminuir as incidências e prevalências do câncer, os quais representam a primeira causa de morte na mulher. Em nossa UBS, como também considero que acontece em todas as UBS no Brasil, o controle do câncer de colo de útero e de mama representa um programa prioritário. Utilizamos os protocolos de trabalhos do Ministério da Saúde, fazendo atividades com grupos de mulheres, onde falamos os malefícios do tabagismo e do consumo excessivo de álcool, educação da mulher para realização periódica do exame preventivo do câncer do colo uterino através da coleta de exame cito patológico, uso do preservativo e estímulo à prática regular da atividade física. Também investigamos os fatores de risco para o câncer de colo uterino e o câncer de mama em todas as mulheres que realizam as ações de rastreamento em as UBS. Fazemos atividades de educação da mulher para o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama, ações de rastreamento do câncer de mama, acompanhamentos de acordo com o protocolo a todas as mulheres que tiveram exame cito-patológico ou mamografia alterados.

Nossa forma de registro para o controle dos canceres de colo de útero e mama permitiu o preenchimento do CAP. Além da cobertura de 90% (n=1493) e 92% (n=572) das mulheres em risco para câncer de colo e mama nessa área, respectivamente, os indicadores de qualidade ficaram em 91%. Para melhorar o atendimento a essa população, poderíamos desenvolver ações tais quais, capacitar

a equipe da UBS no acolhimento às mulheres de 25 a 64 anos de idade, capacitar os ACS para o cadastramento das mulheres entre 25 a 64 anos, capacitar a equipe da unidade de saúde quanto a periodicidade de realização do exame cito-patológico de colo do útero, capacitar a equipe da unidade de saúde no acolhimento às mulheres de 50 a 69 anos de idade, capacitar os ACS para o cadastramento das mulheres entre 50 a 69 anos de idade, capacitar a equipe da unidade de saúde quanto a periodicidade e a importância da realização da mamografia, cadastrar todas as mulheres de 25 e 64 anos de idade da área de cobertura da unidade de saúde, acolher todas as mulheres de 25 a 64 anos de idade que demandem a realização de exame cito patológico de colo uterino na unidade de saúde, cadastrar todas as mulheres de 50 e 69 anos de idade da área de cobertura da unidade de saúde, acolher todas as mulheres de 50 a 69 anos de idade que demandem a realização de mamografia na unidade de saúde, esclarecer a comunidade sobre a importância da realização do exame cito patológico do colo uterino pelas mulheres de 25 a 64 anos de idade, esclarecer a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização do exame cito patológico do colo uterino, esclarecer a comunidade sobre a importância da realização de mamografia pelas mulheres de 50 a 69 anos de idade, esclarecer a comunidade sobre a importância de realização do auto-exame de mamas, esclarecer a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização do exame de mama. Também seria importante monitorar a cobertura de detecção precoce do câncer de colo uterino das mulheres na faixa etária entre 25 e 64 anos de idade periodicamente (pelo menos trimestralmente) e monitorar a cobertura de detecção precoce do câncer de mama das mulheres na faixa etária entre 50 e 69 anos de idade periodicamente (pelo menos trimestralmente).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) são duas doenças muito frequentes em todo quadro de saúde mundial. São as mais conhecidas nas comunidades e de maior conhecimento entre as pessoas. Por isso deve ser de um bom manejo por cada médico da família, em conjunto com todos os integrantes da ESF para lograr melhorar índices de morbidade e mortalidade por estas doenças, que todos os anos levam mais vidas e em idades mais jovens. Em nossa UBS, o processo de trabalho está organizado objetivando a busca de melhoria de modo e estilos de vida, mediante a promoção de saúde e as prevenções de complicações. Realizamos ações de orientação de hábitos alimentares

saudáveis nos grupos de doentes, também controle do peso corporal em todas as consultas com avaliação integral do índice de massa corporal (IMC), estimulamos a prática regular da atividade física para melhor a saúde, orientamos sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool e do tabagismo para o coração e a saúde em geral nos grupos de tabagismos. Temos oferta de atendimento para adultos com problemas de saúde agudos devido a HAS e DM, ainda que não tenhamos essa demanda nos últimos tempos, cumprindo com os protocolos de atendimento do Ministério da Saúde. São desenvolvidas ações no cuidado aos adultos com estas doenças na UBS como imunizações, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, de problemas de saúde bucal e saúde mental. Utilizamos classificação para estratificar o risco cardiovascular, os protocolos para regular o acesso a outros níveis do sistema de saúde, com o objetivo de garantir uma atenção equitativa para o povo brasileiro.

Nossa forma de registro para a atenção ao hipertenso e diabético permitiu o preenchimento do CAP. A cobertura de 4% (n=52) para hipertensão e 5% (n=19) para diabetes ficou muito abaixo do esperado. Apesar disso, os indicadores de qualidade ficaram em 96% a 100%, que são bons resultados. Para melhorar a cobertura a essa população, poderíamos desenvolver ações tais quais capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da UBS, capacitar a equipe para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito, capacitar a equipe para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, informar a comunidade sobre a existência do programa de atenção à HAS e à DM. Também seria importante informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente, orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes, melhorar o acolhimento aos usuários portadores de HAS, garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica), melhorar o acolhimento para aos usuários portadores de diabetes, garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde e monitorar o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à HAS e à DM.

As pessoas idosas precisam de atendimentos e cuidados especiais, já nesta idade as pessoas são vulneráveis a muitas doenças de diferentes sistemas. Sua

imunidade se encontra deficiente para evitar processo infecciosos, seu ossos não tem a mesma vitalidade para permitir uma adequada mobilidade, por isso fraturas traumáticas são muito frequentes. As doenças degenerativas do sistema nervoso central, como o Alzheimer, representam uma das principais linhas de investigação em todos os centros científicos do mundo, porque é uma das doença com incidência importante, que impossibilita as pessoas idosas em ter adequada relação, interação e reconhecimento de seu entorno e de seus familiares. Fazemos atendimentos de idosos todos os dias da semana por todos os profissionais na UBS Barão, e em todos os turnos, cumprindo com os protocolos de atendimentos orientados pelo Ministério da Saúde. São desenvolvidas ações de imunizações, promoção da atividade física e hábitos alimentares saudáveis para eliminar a obesidade e o sedentarismo, saúde bucal, saúde mental, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral. Os idosos também participam de grupos do alcoolismo e tabagismo organizados pela equipe, onde falamos sobre os riscos que maus hábitos para a saúde. Durante os atendimentos, solicitamos a caderneta de saúde da pessoa idosa para manter as informações sempre atualizadas. Cumprimos com os protocolos para regular o acesso dos idosos a outros níveis do sistema de saúde como encaminhamento para atendimento nas especialidades, internação hospitalares, serviços de pronto-atendimento e para atendimento em pronto-socorro. As atividade nos grupos de idosos tem o objetivo de incorporá-los na sociedade, melhoria de sua saúde e vitalidade.

A cobertura de saúde dos idosos de acordo com o CAP ficou estimada em 99% (n=810 de 819 idosos estimados na área) e os indicadores de qualidade em 99%, demonstrando que os idosos estão bem atendidos. Entretanto, devido a importância relatada anteriormente ao atendimento de qualidade ao idoso, poderíamos desenvolver ações tais quais como capacitar a equipe no acolhimento aos idosos, capacitar os ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço, capacitar a equipe para a Política Nacional de Humanização e esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde. Nosso município apresenta uma pirâmide demográfica invertida, em envelhecimento progressivo, e por isso ações para melhoria da atenção a saúde dos idosos ainda são justificáveis para assim garantir que nossos idosos cheguem com boas condições de saúde geral, tenham um envelhecimento ótimo. Cabe

ressaltar que já foram realizadas intervenção nesta comunidade em os outros temas como HAS – DM, câncer de colo uterino e mama, pré-natal e puerpério e atenção a saúde da criança. Por isso, a saúde do idoso é o próximo tema a receber intervenção da equipe.

Com relação à saúde bucal, o número de pré-escolares atendidos em primeira consulta programática foi de n=270, de escolares foi n=769, de idosos foi n=810 (99%) e gestantes 14 (somente 16%). Em torno de 60% das pessoas em geral (n=2100) não tem atendimento programado para saúde bucal. Apesar disso, todas as pessoas atendidas (100%) tem com orientação sobre alimentação saudável e higiene bucal em ações coletivas. Os indicadores de procedimento clínico por habitante/mês mostraram média de 0,5%, que é maior que a média recomendada pelo MS (0,4%), mas está abaixo do parâmetro máximo recomendado pela OMS (1,6%).

Por fim, a situação de ESF/APS nosso serviço vai melhorando com o trabalho em equipe no dia ao dia, com um melhor conhecimento de nossa população e seus principais problemas de saúde, traçando estratégia no trabalho preventivo e na promoção de hábitos saudáveis, assem diminuir a prevalência e a incidência de doenças em nosso município. O maior desafio desta UBS é apresentar resolutividade dos problemas de saúde dos usuários que nos procuram, sem necessidade de encaminhamentos para atenção secundária, utilizando nossos recursos humanos e materiais, com integração de todos os setores em um só objetivo: melhorar a situação de saúde de nosso povo.

Os aspectos levantados nos questionários e no CAP foram de grande importância e interesse da equipe, entretanto, seus resultados não surpreendem porque nossa UBS já trabalha na ideia de uma UBS modelo. A situação de ESF em nossa UBS hoje vem melhorando devido a melhoria no trabalho em grupo. Apesar disso, sei que isso não acontece em todos os municípios do país. Existem muitas UBS que não tem as condições necessárias mínimas para oferecer atendimento médico de qualidade, o que não é a situação na minha UBS. Me parece que ainda temos alguns pontos a melhorar, como por exemplo aumentar a quantidade de especialistas que tem que trabalhar em conjunto com a UBS, melhorar o atendimento e o acesso de os pacientes com esses especialistas.

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

No texto inicial falei sobre as condições de saúde da população e das doenças mais prevalentes. Também descrevi a população e a equipe de saúde que trabalha nesse município. Após realizar uma avaliação sistemática da UBS através dos questionários e do CAP, minha percepção da UBS ficou melhor e pude observar detalhadamente a estrutura física, o processo de trabalho e os programas desenvolvidos na UBS. Em uma visão geral, a qualidade do trabalho na UBS está muito acima da média nacional.

Pode-se observar um aumento na população de 5.741 para um 6.050 habitantes no texto inicial até o final da análise situacional. Também se observa um envelhecimento progressivo na população e que o predomínio das doenças crônicas não transmissíveis e doenças psicológicas continuam o problema mais preocupante. E, diante disso, a população idosa parece a que mais necessita de atenção da Equipe de Saúde da Família. Nosso trabalho continua encaminhado a melhoras os indicadores de insalubridades presentes do nosso povo, mediante a promoção e prevenção de doenças em idades mais interrompe a vida, com a ajuda de especialistas em doenças que predominam em nossa população. Temos o auxílio de uma psiquiatra para uma melhor avaliação dos usuários, com a integração de todos os profissionais de saúde fazendo planejamento, gestão e coordenação das ações dispensadas para todos os grupos de trabalhos, assistente social, educador físico, enfermeiro, médico clínico geral/de família, médico ginecologista/obstetra, médico psiquiatra, nutricionista, odontólogo, psicólogo, técnico/auxiliar de enfermeira, técnico/auxiliar de consultório dentário, fazendo atividade de grupos como de gestantes, idosos, HAS, DM, com os jovens, com os usuários fumantes, com um contato direto e uma orientação abarcadora e amplia sobre hábitos saudáveis de vida. Nossa ambição continua sendo a melhoria da qualidade de saúde da população baronense.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

As pessoas idosas precisam de atendimentos e cuidados especiais, já nesta idade as pessoas são vulneráveis á muitas doenças de diferentes sistemas. Sua imunidade se encontra deficiente para evitar processo infecciosos, seu ossos não tem as mesma vitalidade para permitir uma adequada mobilidade, por isso fraturas traumáticas são muito frequentes. As doenças degenerativas do sistema nervoso central, como o Alzheimer, representam uma das principais linhas de investigação em todos os centros científicos do mundo, porque é uma das doença com incidência importante, que impossibilita as pessoas idosas em ter adequada relação, interação e reconhecimento de seu entorno e de seus familiares (ANDRE,1998; ARAOZ, 1994; CARVALHAES, 1998; CHESNUT 2000; COHEN, 1999; TEIXEIRA, 2006; TORGERSON, 2001; VAN STAA, 2000; VERBRUGGE, 1994; WATT, 1999).

A UBS Barão tem duas equipes compostas por 7 Agentes Comunitários de Saúde, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem e um medico. Nossa UBS consta com um consultório médico, abrigo de resíduos, administração e gerência, almoxarifado, banheiro para funcionários, banheiro para os usuários, copa/cozinha, depósito de limpeza, depósito de lixo, escovódromo, sala de espera, farmácia, recepção, sala de esterilização, sala de nebulização, sala de recepção, lavagem e descontaminação de material, sala de reuniões e educação em saúde, sala de utilidades, sala de vacina, sala para ACS. Temos uma a pequena demanda de atendimentos, já que os usuários têm outros planos de atendimentos em saúde, ou atendimento particular, e assim o trabalho preventivo e de promoção em saúde é

facilitado. Somos responsáveis pela saúde de uma população de 4.150 habitantes, com 2.175 do sexo masculino e 1.900 do sexo feminino.

No município de Barão, as pessoas acima de 60 anos representam um grupo populacional muito grande, com número de usuários com HAS e DM bastante alto entre os mesmos. Pode-se observar no município de Barão um envelhecimento progressivo da população através da análise da pirâmide populacional invertida, onde temos um total de 810 pessoas (de 819 pessoas) com idade acima de 60 anos acompanhadas na UBS. Apesar do grande número de pessoas acompanhadas pela equipe, nossa debilidade neste programa está nas condições de vida e saúde que ainda apresenta a população idosa, onde há alta prevalência de doenças Crônicas não transmissíveis como a HAS (n=41 pessoas, 5% de cobertura apenas) e Diabete Mellitus (n=15, 4% de cobertura apenas), além dos transtornos psicológicos e psiquiátricos.

A intervenção proposta nesta ação programática tem a finalidade de melhorar a saúde das pessoas idosas, por meio de ações de imunizações, promoção da atividade física e hábitos alimentares saudáveis para eliminar a obesidade e o sedentarismo, melhor na saúde bucal, saúde mental, no diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, a participação em os grupos de idosos, alcoolismo e tabagismo. Também queremos comprometer toda a família, profissionais da saúde e gestores do município, para que todos saibam enfrentar o envelhecimento com boas condições de saúde. Objetivamos fazer com que os idosos da área não sintam-se afastados, esquecidos pela sociedade e, assim, melhorar a expectativa de vida na população baronense. As principais dificuldades/limitações existentes ficam na vontade de nossa população em participar de nossas atividades preventivas. Os aspectos que viabilizam a realização da intervenção são a disponibilidade do material humano e o compromisso nesta atividade.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a Atenção a Saúde dos Idosos na UBS Barão, cidade de Barão, Rio Grande do Sul.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Metas relativas ao objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso.

1. Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para um 100%.

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

2. Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde
3. Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.
4. Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.
5. Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.
6. Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).
7. Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.
8. Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

9. Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM).
10. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.
11. Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Metas relativas ao objetivo 3: Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso

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

Metas relativas ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

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

Metas relativas ao objetivo 6: Promover a saúde dos idosos.

18. Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.
19. Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.
20. Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

2.2.3 Metodologia

2.2.3.1 Detalhamento das Ações

Objetivo 1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 100%.

Meta 1. Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para um 100%.

Organização e gestão do serviço:

1. Acolher os idosos; Vamos atender todos os idosos que comparecerem na UBS no mesmo turno. Além disso, vamos divulgar turnos de atendimentos preferenciais para os mesmos, para que todos se sintam á vontade de comparecer á UBS.

2. Cadastrar todos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde; Vamos fazer a busque da de todos os idosos de nossa área de abrangência. Além disso, vamos orientar para eles como vai acontecer seu seguimento pela Equipe de Saúde, a importância de seu atendimento medica periódico.

3. Atualizar as informações do SIAB; Todos os dias vão atualizar a informação via eletrônica, feita pela Enfermeira e os demais profissionais que prestem atendimento para os usuários.

Monitoramento e avaliação:

1. Monitorar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde periodicamente (pelo menos mensalmente); O monitoramento vai ser feito por toda a equipe, oferecendo atendimentos preferenciais para eles, para melhorar a atenção médica dos idosos, principalmente pelos profissionais que prestam atendimento direito.

Engajamento público:

1. Esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde; Em a reunião da Equipe com a comunidade em companhia das pessoas da prefeitura vai ser feita a explicação explicitar do acompanhamento periódico, para que os profissionais tenha o controle da saúde do idoso, um bom seguimento evolutivo de suas doenças.

2. Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde; Vamos aproveitar as reuniões, as palestras na comunidade para oferecer a informação sobre o Programa de Atenção aos Idosos, por todas as pessoas da saúde, também pelos ACS, Enfermeira e Médico em suas visitas domiciliares.

Qualificação da prática clínica:

1. Capacitar a equipe no acolhimento aos idosos; Vamos capacitar a Equipe na primeira semana do projeto, na UBS, no conhecimento do Protocolo de Atendimento da Saúde do Idoso oferecido pelo Ministério de Saúde.

2. Capacitar os ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço; A capacitação vai ser feita na primeira semana do projeto, para lograr a integração de todos os idosos da área de abrangência ou Posto de Saúde.

3. Capacitação da equipe da unidade de saúde para a Política Nacional de Humanização; Vamos capacitar aos Profissionais na reunião da Equipe, para oferecer um bom trato aos usuários e lograr ganhar sua confiança, para que eles procurem mais frequentemente o Posto de Saúde.

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

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

Organização e gestão do serviço:

1. Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropômetro, Tabela de Snellen...); Vamos procurar os recursos necessários com ajuda do gestor de Saúde do Município, para lograr um atendimento integral dos usuários, é uma resolução mais completa de suas doenças.

2. Definir as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos; Vamos fazer a definição das atribuições na primeira reunião da equipe, para que todos os profissionais saibam que tem que fazer é assim lograr uma atenção adequada aos usuários.

Monitoramento e avaliação:

1. Monitorar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anual em todos idosos acompanhados pela unidade de saúde; Vamos fazer avaliação anual por todos os especialistas e profissionais pertinentes, para lograr um bom seguimento das pessoas idosas é controle adequado de suas doenças.

Engajamento público:

1. Orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento

oportuno das limitações para o envelhecimento saudável; Vamos orientar a comunidades em as palestra com os grupos de idosos, para que eles conheçam sobre suas doenças e como evitar as limitações.

2. Compartilhar com os pacientes as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social; Vamos aproveitar as consultas para falar com os usuários sobre o conhecimento de suas doenças, a atitude que devem ter ante as orientações do médico e assim podem orientar suas famílias na comunidade.

Qualificação da prática clínica:

1. Capacitar os profissionais para o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pela UBS; Vamos capacitar aos profissionais na primeira semana do projeto, para lograr uma atenção do alto nível aos idosos e lograr adesão deles na UBS.

2. Treinar a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida; Treinamento que vai ser feito pelo médico para todos os profissionais que participaram na atenção do paciente idoso multidimensional, na primeira semana da intervenção, na UBS. Para que avaliação fica ótima.

3. Treinar a equipe para o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas; Vamos levar um bom treinamento para fazer uma boa classificação dos usuários que precisem atendimento especializado, para evitar que os usuários seja mão atendida, e logram uma resolução de suas doenças na UBS.

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

Organização e gestão do serviço:

1. Garantir a referência e contra-referência de pacientes com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades; Vamos garantir em todas as consultas, com boa avaliação dos usuários por parte do médico da UBS. Para que assistam as consultas com especialistas com bom critério clínicos.

2. Garantir busca a idosos que não realizaram exame clínico apropriado; Vamos delegar esta função para os ACS em a reunião da equipe, também vamos orientar a importância que tem fazer os exames médicos.

Monitoramento e avaliação:

1. Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade de saúde; O médico e enfermeira vão monitorar, e observar nas fichas espelho e fichas de atendimentos os exames médicos orientados, para tem uma avaliação geral dos usuários.

Engajamento público:

1. Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente; Vamos orientar nas reuniões, palestras nas comunidades, as consultas e visitas domiciliares feitas pelo médico, enfermeira e ACS para garantir um diagnóstico oportuno de futuras complicações relacionadas com estas doenças.

Qualificação da prática clínica:

1. Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado; Vamos a capacitar a todos os profissionais da equipe na primeira reunião do projeto, feita na UBS pelo médico. Também vamos orientar sobre as principais doenças que predominam no município.

Meta 4. Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Organização e gestão do serviço:

1. Garantir a solicitação dos exames complementares; Vamos garantir principalmente na consulta médica para uma avaliação geral dos usuários.

2. Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo; Vamos definir na reunião da equipe com o

gestor municipal a importância de garantir agilidade dos exames para os usuários e nossa definição dos casos médicos.

3. Estabelecer sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados; Vamos estabelecer o sistema na reunião da equipe, para assim garantir o controle dos usuários negligentes que não cumprem as orientações dos médicos.

Monitoramento e avaliação:

1. Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde e com a periodicidade recomendada; Vamos fazer o registro dos exames laboratoriais nas fichas espelhos de todos os idosos, para garantir que sejam feitos e avaliados pelo médico.

Engajamento público:

1. Orientar os pacientes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares; Vamos orientar nas palestras para a comunidade, feita mensalmente por diferentes integrantes da equipe de saúde designado para falar de um tema diferente, para garantir que a população faça consciência da importância dos exames complementários.

2. Orientar os pacientes e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares; Vamos aproveitar as palestras com os grupos de idosos para orientar a periodicidade para a realização dos exames complementários, garantindo um controle de seu estado de saúde.

Qualificação da prática clínica:

1. Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares; Vamos à primeira reunião da equipe para iniciar a intervenção, a capacitação no protocolo do ministério da saúde, para garantir que os exames complementários sejam orientado com critérios médicos.

Meta 5. Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.

Organização e gestão do serviço:

1. Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos; Vamos realizar o controle semanal de estoque em conjunto médico, enfermeira e

técnica em farmácia, para garantir um bom estado dos medicamentos que temos para oferecer para os usuários.

2. Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde; Vamos ter o controle em registro, para garantir o que nossos hipertensos e/ou diabéticos tenham disponibilizados os medicamentos necessários para compensar suas doenças.

Monitoramento e avaliação:

1. Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular / Hiperdia; Vamos orientar para nossos ACS o monitoramento dos pacientes, em consultas também vamos procurar o monitoramento, nas reuniões com os trabalhadores das farmácias popular vamos monitorar o acesso aos medicamentos.

Engajamento público:

1. Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso; Vamos orienta nas palestras com a comunidade em quanto ao direito, e os veneficio que oferece o acessos aos medicamentos Farmácia popular.

Qualificação da prática clínica:

1. Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes; Vamos fazer uma vez por mês atualização dos profissional da equipe, para garantir um tratamento adequado e atualizado dos medicamentos de ultima geração e mais efetivos para o controle das doenças.

2. Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia; Vamos capacitar a equipe na primeira reunião da equipe para a orientação dos usuários dos beneficio e direitos para obter os medicamentos da farmácia popular.

Meta 6. Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Organização e gestão do serviço:

1. Garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa; Vamos criar os registros de todos os idosos com

problemas de locomoção, feito o pedido ao gestor de saúde do município, para ter um controle adequado dos seguimentos e as visitas domiciliaria.

Monitoramento e avaliação:

1. Monitorar número de idosos cadastrados na Unidade em acompanhamento odontológico no período; Vamos monitorar em conjunto médicos, dentista, enfermeira por meio dos registros de atendimentos, para garantir que todos tenham atendimento odontológico.

Engajamento público:

1. Orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar; Vamos orientar na reunião na comunidade sobre a opção de visita domiciliaria para os usuários que seriamente precisem atendimento na casa.

2. Orientar a comunidade sobre a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados ou com problemas de locomoção; Vamos orientar sobre as prioridades dos idosos acamados ou com problemas de locomoção para solicitar as visitas domiciliaria assim evitar o deslocamento deles e uma avaliação com um conforto mental dos usuários.

Qualificação da prática clínica:

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

Vamos fazer uma capacitação dos ACS na primeira semana da intervenção, para que eles sejam capazes de desenvolver esta ação, monitorado pelo médico e enfermeira da UBS.

Meta 7. Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Organização e gestão do serviço:

1. Organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção; Vamos organizar todas as semanas médico em conjunto com enfermeira, nutricionista, psicóloga, técnicas de enfermeira, dentista, ACS a agenda de visita domiciliar, também vão falhar sobre a preferência que tem isto usuários.

Monitoramento e avaliação:

1. Monitorar realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção; Vamos monitor todas as semanas o médico e a enfermeira a realização de visita domiciliar programadas, feitas frequentemente pelos ACS.

Engajamento público:

1. Orientar a comunidade sobre a disponibilidade e os casos em que se deve solicitar visita domiciliar para aos idosos acamados ou com problemas de locomoção; Vamos orientar nas reuniões com as comunidades, as palestras, em todas as visitas domiciliar feitas pelo médico, enfermeira, ACS as preferências que tem os usuários acamados ou com problema de locomoção.

Qualificação da prática clínica:

1. Orientar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção; Vamos orientar na primeira reunião do projeto, feita pelo médico, na UBS aos ACS sobre o cadastro, a importância que representa ser feita com muita delicadeza, e sobre os aspectos principais do cadastro.

Meta 8. Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Organização e gestão do serviço:

1. Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS; Vai ter capacitação feita pelo médico na primeira semana do projeto para todos os profissionais da UBS sobre acolhimento, para garantir que usuários sejam bem atendidos e procurem mais frequente o posto.

2. Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde; Vamos garantir com o gestor do município, na reunião marcado com ele para apresentar nosso projeto e os recursos que precisamos ter para cumprir.

Monitoramento e avaliação:

1. Monitorar o número idoso submetido a rastreamento para HAS, periodicamente (pelo menos anualmente); Vamos monitorar o médico e enfermeira da UBS pelo menos anualmente, por meio das histórias clínicas, para garantir o

diagnostico oportuno e um tratamento efetivo, para assim evitar complicações da HAS.

Engajamento público:

1. Orientar a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade e os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS; Vamos aproveitar nas palestras agendadas, as reuniões com a comunidade o medicam e enfermeira da UBS, para que os usuários tenham um conhecimento básico sobre as principais doenças crônicas não transmissíveis na comunidade.

Qualificação da prática clínica:

1. Capacitar a equipe da Unidade de Saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito; Vamos capacitar o médico da UBS, na primeira reunião da intervenção, para garantir um diagnostico certo e um tratamento oportuno da HAS.

Meta 9. Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmhg ou com diagnóstico de hipertensão arterial e/ou Diabetes Mellitus (DM).

Organização e gestão do serviço:

1. Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de hipertensão arterial e/ou DM; Vamos fazer capacitação sobre acolhimento, com participação de toda equipe, para garantir um conforto á todos os usuários.

2. Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde; Vamos garantir o material para fazer seguimento frequente dos usuários diabéticos, fazer pesquisa ativa de paciente com risco de DM, com capacitação dos ACS no proceder do hemoglicoteste.

3. Criar sistema de alerta na ficha de acompanhamento para indicador o idoso que não provavelmente terá que realizar o hemoglicoteste; Vamos criar sistema de alerta com previa definição na reunião da equipe, para assim evitar o mão trato dos usuários com o procedimento, só oferecer para aquele que os precise.

Monitoramento e avaliação:

1. Monitorar número idoso com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmhg submetidos a rastreamento para DM, periodicamente (pelo menos

anualmente); Vamos fazer o monitoramento anualmente para ter uns números reais dos usuários idosos, ter controle certo deles, e oferecer os medicamentos necessários para o controle de sua doença, avaliar nossos indicadores, e cumprimento de nossas metas.

Engajamento público:

1. Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmhg ou para aqueles com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica; Vamos aproveitar nas reuniões e as palestras na comunidade para falar sobre a importância do rastreamento para HAS e/ou DM, para fazer diagnóstico preconizado das doenças, evitar evolução fatais delas.

2. Orientar à comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão arterial e/ ou DM; Vamos aproveitar nas reuniões e as palestras na comunidade para falar sobre fatores de risco da HAS e/ou DM, para criar cultura em saúde na população.

Qualificação da prática clínica:

1. Capacitar a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmhg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica; Vamos capacitar todos os integrantes da equipe na reunião feita pelo médico na UBS, para evitar futuras complicações o desenlace fatais relacionado com a hipertensão arterial e/ou DM.

Meta 10. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Organização e gestão do serviço:

1. Oferecer atendimento prioritário aos idosos na unidade de saúde; Vamos priorizar o atendimento dos usuários idosos, já que representam o alvo de atendimento em nossa unidade, com um bom acolhimento para que eles fiquem satisfeitos de nosso trabalho.

2. Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos; Vamos organizar em conjunto com a dentista e sua técnica como vai ser feitas as consultas odontológicas dos pacientes idosos, sua frequência de atendimento, com uma educação geral de saúde bucal.

3. Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde; Vamos organizar o acolhimento dos usuários idosos no serviço odontológico em conjunto com a dentista e técnica, para lograr um bom atendimento dos usuários, e uma boa organização do serviço odontológico na UBS, logrando assim que o usuário sinta vontade e confiança do serviço medica que nos oferecemos.

4. Monitorar a utilização de serviço odontológico por idosos da área de abrangência; Vamos monitorar em conjuntos o equipe, com o objetivo de alcançar uma adequada saúde bucal na população idosa.

Monitoramento e avaliação:

1. Monitorar número de idosos cadastrados na Unidade em acompanhamento odontológico no período; Vamos monitorar aos idosos para ter um número certo deles em acompanhamento odontológico em conjunto a equipe, para avaliar nossos indicadores, e lograr que tenham atendimento.

Engajamento público:

1. Esclarecer a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais; Muito importante lograr que a população tenha conhecimento sobre saúde bucal, ação que vamos fazer na palestras na comunidade, para evitar complicações de doenças bucal.

Qualificação da prática clínica:

1. Capacitar os ACS para captação de idosos; Vamos capacitar aos idosos na primeira semana do projeto, para lograr uma captação em tempo das pessoas idosas, para sua participação em os grupos e em as atividades que realizam e não fiquem afastados.

2. Capacitar os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para idosos; Vamos fazer a capacitação na reunião da equipe, para que nenhum idoso fique fora do atendimento, com atenção em tempo adequado da idade idosas e suas consequências.

Meta 11. Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Organização e gestão do serviço:

1. Monitorar a utilização de serviço odontológico por idosos da área de abrangência; Vamos monitorar o médico em conjunto com dentista e recepcionista, por meio das consultas agendadas, fichas de atendimentos, se os usuários idosos

assistem com frequência á consulta de odontologia, para logram uma boa saúde bucal nos idosos do município.

Monitoramento e avaliação:

1. Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de idosos; Vamos monitorar o médico e a dentista da UBS, pelo menos anualmente, por meios das consultas programadas para todos os idosos do município, para garantir o diagnóstico e tratamento oportuno de doenças bucais.

Engajamento público:

1. 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; Vamos informar nas palestras coordenadas com a comunidade, o médico e dentista da UBS sobre saúde bucal, e principais serviços de odontologia que oferecemos na UBS.

2. Esclarecer a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais; Vamos orientar nas reuniões, palestras, consultas, visitas domiciliares feitas pelo médico, dentistas, técnicos e ACS sobre a necessidade da realização de exames bucais. Também vamos falar sobre as principais doenças bucais que predomina na comunidade.

3. Ouvir a comunidade sobre estratégias para captação de idosos para acompanhamento odontológico; Vamos às reuniões com a comunidade feitas pelo médico e dentista da UBS, para traçar estratégia para captar os idosos e garantir um tratamento odontológico.

Qualificação da prática clínica:

1. Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico; Vamos à primeira semana da intervenção fazer a capacitação de todos os profissionais da UBS, feita pelo médico na UBS, para garantir que todos os idosos do município tenham atendimento odontológico. Também vamos orientar sobre o princípio básico da higiene bucal.

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

Meta 12. Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Organização e gestão do serviço:

1. Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos; Vamos garantir a busque da periódica dos faltos semanalmente, feitas pelos ACS e monitorado pelo médico e enfermeira.

Monitoramento e avaliação:

1. Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela unidade de saúde; Vamos monitorar o médico e enfermeira semanalmente por meio das fichas de atendimento e o cronograma de consultas, para garantir que sejam atendidos o 100% dos usuários.

Engajamento público:

1. Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas; Vamos informar em as reuniões com as comunidades e em as visitas domiciliares feita pelo médico, enfermeira e ACS, para lograr adesão dos usuários no programa.

Qualificação da prática clínica:

1. Treinar os ACS para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade; Vamos treinar os ACS na primeira semana da intervenção, na UBS, feito pelo médico, para garantir que os idosos assistem as consultas medicas programadas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

Organização e gestão do serviço:

1. Implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos; Vamos continuar com os trabalhos nas planilha/registros específicos, onde todos os profissionais que prestam atendimento aos idosos devem recolher as orientações.

Monitoramento e avaliação:

1. Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa; Vamos a monitorar a enfermeira e o médico da UBS mensalmente as cadernetas para avaliar se o registro vão sendo com qualidade.

Engajamento público:

1. Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário; Vamos orientar o médico e enfermeira da UBS, nas reunião com a comunidade sobre seu direito, para que ganhem em controle de sua saúde.

Qualificação da prática clínica:

1. Capacitar a equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa; O médico da UBS vai fazer a capacitação de todo o profissional, para melhor a qualidade do preenchimento e atenção a população.

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

Organização e gestão do serviço:

1. Solicitar ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa; Vamos solicitar ao gestor na reunião e/ou apresentação do projeto os recursos necessários para o trabalho com os idosos.

Monitoramento e avaliação:

1. Monitorar a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde; Vamos durante nosso atendimento diário monitorar a qualidade dos registros, e os que estão defeituosos serão renovados.

Engajamento público:

1. Orientar os idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção; Vamos orientar nas consultas e visitas domiciliares feitas pelo médico, enfermeira e ACS, a importância para que os especialistas ou o interessado conheça sua história médica.

Qualificação da prática clínica:

1. Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos; Vamos treinar a todos os profissionais da equipe na primeira semana do projeto na UBS o médico, para melhorar no preenchimento dos registros necessários para os idosos.

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

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

Organização e gestão do serviço:

1. Priorizar o atendimento a idosos de maior risco de morbimortalidade; Vamos priorizar o atendimento em todas as consultas, com previa autorização na reunião na comunidade do médico e enfermeira.

Monitoramento e avaliação:

1. Monitorar o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência; Vamos monitorar mensalmente por meio das visitas domiciliares feitas tanto pelo médico, enfermeira e ACS aos idosos avaliados de risco em consulta, para ter um controle de sua evolução.

Engajamento público:

1. Orientar os idosos sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais freqüente, quando apresentar alto risco; Vamos orientar em todas as consultas, visitas domiciliares, e na participação em os grupos de idosos do médico e enfermeira sobre a importância dos pacientes ter mais preocupação em sua saúde.

Qualificação da prática clínica:

1. Capacitar os profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa; Vamos capacitar a todos os profissionais nas reuniões feitas pelo médico na UBS, na primeira semana do projeto, para ter uma melhor avaliação dos usuários idosos.

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

Organização e gestão do serviço:

1. Priorizar o atendimento idoso fragilizados na velhice; Vamos priorizar o atendimento em todas as consultas dos idosos fragilizados na velhice, com previa autorização na reunião na comunidade do médico e enfermeira.

Monitoramento e avaliação:

1. Monitorar o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice; Vamos monitorar mensalmente o médico e enfermeira da

UBS, por meio das investigações feitas em conjuntos para os idosos fragilizados na velhice.

Engajamento público:

1. Orientar os idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente; Vamos orientar em nossas visitas domiciliares, as reuniões com os grupos de idosos o médico e enfermeira sobre a frequência que devem assistir nas consultas os idosos fragilizados.

Qualificação da prática clínica:

1. Capacitar os profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice; Vamos capacitar na primeira semana da intervenção a todos os profissionais, feita na UBS pelo médico.

Meta 17. Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

Organização e gestão do serviço:

1. Facilitar o agendamento e a visita domiciliar os idosos com rede social deficiente; Vamos facilitar por meio da captação e identificação nos prontuários dos idosos com redes sociais deficientes, as visitas domiciliares, o atendimento profissional, baseado em agendamentos que sejam cômodos e íntegros.

Monitoramento e avaliação:

1. Monitorar a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS; Vamos monitorar por meio da identificação nas fichas de atendimentos, a realização de avaliação da rede social, feitas pelo médico e enfermeira em conjunto com serviço social.

Engajamento público:

1. Orientar os idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde; Vamos orientar nas reuniões com os grupos de idosos sobre seu acesso prioritário, para garantir um atendimento adequado.

2. Estimular na comunidade a promoção da socialização da pessoa idosa (trabalhos em igrejas, escolas, grupos de apoio...) e do estabelecimento de redes sociais de apoio; Vamos entrar em contato com as outras redes sociais que tem o município para trabalhar em conjunto, com os grupos de jovens, temas esportivos para integrar aos idosos em suas atividades, evitar assim que eles fiquem afastados.

Qualificação da prática clínica:

1. Capacitar a equipe para avaliar a rede social dos idosos; Vamos capacitar na primeira reunião da equipe, na UBS, feita pelo médico, para assim melhor o atendimento integro dos idosos, não só no contexto médico, também no social.

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos.

Meta 18. Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Organização e gestão do serviço:

1. Definir o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis; Vamos à primeira semana da intervenção, na reunião com a equipe, feita pelo médico na UBS, definir em conjunto com a nutricionista o papel dos profissionais para garantir promoção de alimentação saudáveis.

Monitoramento e avaliação:

1. Monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos; Vamos monitorar o médico e enfermeira da UBS a realização de orientação nutricional mensalmente, por meio das fichas de atendimentos feitas por todos os profissionais da UBS que prestem atendimentos para os idosos.

2. Monitorar o número de idosos com obesidade / desnutrição; Vamos monitorar em todas as consultas e visitas domiciliar, feitas por todos os profissionais que prestem assistência de saúde para os idosos, para garantir que os usuários que sofrem de estas doenças recebam atendimento médico, para evitar complicações relacionadas.

Engajamento público:

1. Orientar os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis; Vamos orientar nas palestras, reunião nas comunidades feitas pelo médico, enfermeira e nutricionista, para garantir hábitos alimentares saudáveis na população.

Qualificação da prática clínica:

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

população brasileira"; Na primeira semana da intervenção, vamos fazer a reunião de capacitação com o médico e nutricionista na UBS, para garantir que todos os profissionais da equipe tenham conhecimento dos protocolos de alimentação saudável e possam fazer promoção de saúde na comunidade.

2. Capacitar a equipe para a orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos; Na primeira semana da intervenção, vamos fazer a reunião de capacitação o médico e nutricionista na UBS, sobre os efeitos nocivo e saudável que tem diferentes grupos de alimentos na HAS/ DM, para o resto dos profissionais da UBS.

Meta 19. Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Organização e gestão do serviço:

1. Definir o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular; Na primeira semana da intervenção, vamos fazer a reunião da equipe, na UBS, feita pelo médico para definir o papel dos profissionais da UBS e garantir a prática de atividade física regular na comunidade, principais nos idosos. Também vamos falar sobre os benefícios que tem para o organismo e as limitações que devem ter em muitas doenças.

2. Demandar do gestor municipal parcerias institucionais para realização de atividade física; Vamos em conjunto à equipe com o gestor municipal para definir e incrementar áreas de recreação saudável, e para a prática de atividades físicas. Também vamos divulgar por meios das redes sócias sobre as diferentes opções que tem a comunidades e a importância que tem as atividades físicas de forma regular.

Monitoramento e avaliação:

1. Monitorar a realização de orientação e número de idosos que realizam atividade física regular; O médico e enfermeira da UBS vão monitorar, em todas as consultas, visitas domiciliar, palestra com a comunidade, visitas a diferentes áreas de pratica de atividades físicas, o número de idosos que realizam atividades físicas. Também vamos orientar sobre exercícios específicos que sejam mais bem aproveitados pelo corpo para sua idade e doenças.

Engajamento público:

1. Orientar os idosos e a comunidade para a realização de atividade física regular; Vamos orientar na reunião com comunidade, as palestras coordenada pelo médico e enfermeira sobre os benefícios da pratica regular de atividade física.

Qualificação da prática clínica:

1. Capacitar a equipe para orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular; Vamos à primeira semana da intervenção, fazer a reunião da equipe, na UBS, feita pelo médico para capacitar a todos os profissionais da UBS, para fomentar a pratica de atividades físicas regular, também para falhar sobre os benefícios.

Meta 20. Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

Organização e gestão do serviço:

1. Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual; Vamos organizar a agenda de atendimento médico para garantir o tempo para orientações individual, assim o médico pode dar orientações individuais para os usuários.

Monitoramento e avaliação:

1. Monitorar as atividades educativas individuais; Vamos monitorar em todas as consultas e atendimento dos profissionais aos usuários a realizações de atividades individuais para garantir adesão dos pacientes na UBS.

Engajamento público:

1. Orientar os idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias; Vamos orientar em conjunto médico, enfermeira e dentista, em todas as consultas feita sobre a importância de higiene bucal. Também vamos falar sobre as prioridades de atendimento para os idosos na UBS.

Qualificação da prática clínica:

1. Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias; Na primeira semana da intervenção, vamos fazer a reunião da equipe na UBS, feita pelo médico em conjunto com o dentista, para capacitar a todos os profissionais da UBS, para que todos possam orientar e garantir uma boa saúde nos usuários idosos, principalmente aos que tem prótese dentárias.

1.3.2 Indicadores

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

META. 1 Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 100%.

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

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa.

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

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

META 2. 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 no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

META 3. Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 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 no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

META 4. 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 pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

META 5. Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos

INDICADOR 5. Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular prioriza

Numerador: Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular.

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

META 6. 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 pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

META 7. 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 pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

META 8. 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 pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

META 9. Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg 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 135/80 mm/Hg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

META 10. 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 11. 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 de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

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

META 12. 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 13. 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 pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

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

INDICADOR 14. Proporção de 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 pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

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

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

Indicador 15. 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 pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

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

INDICADOR 16. 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 pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 17. Avaliar a rede social de 100% dos idosos

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

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.

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

Objetivo 6. Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Meta 18. Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

INDICADOR 18. 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 pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 19. Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

INDICADOR 19. 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 pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 20. Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

INDICADOR 20. Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal

Numerador: Número de idosos com orientação sobre higiene bucal.

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

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no Programa de Saúde do Idoso vamos adotar o Manual Técnico de Saúde das Pessoas Idosa do Ministério da Saúde, 2012 e no Caderno de Atenção Básica nº 19- Saúde do Idoso (Brasil, 2006).

O projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 04 meses na área da equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Participarão da intervenção todos os idosos, que englobam as pessoas acima dos 60 anos da área da unidade básica de saúde. Portanto, para alcançar os objetivos propostos foram estabelecidas metas e ações a serem realizadas. O cadastro dos idosos na planilha de coleta de dados (Anexo 3) será feito no momento da consulta. Para registro das atividades serão utilizados o prontuário clínico individual e a ficha espelho disponibilizado pelo curso (Anexo C). Os dados obtidos destes registros serão preenchidos na planilha de coleta de dados para monitoramento e acompanhamento das metas e indicadores (Anexo B).

Vamos fazer a captação dos idosos nas visitas domiciliares organizado por a equipe, com apoio dos ACS, nas consultas feitas na UBS. Vamos indicar exames complementários como; Hemograma completo, Glicose, TGO, TGP, Colesterol Total, HDL, LDL, Triglicerídeos, Uréia, Creatina, Acido Úrico, PSA, entre outros respondendo a suas doenças e fatores de risco, para fazer uma avaliação geral do estado de saúde. As ações de promoção em saúde sejam feitas uma vez no mês, pelo médico e enfermeira de saúde em conjunto com outros integrantes da equipe,

como a nutricionista, técnicos, dentistas, ACS, nas reuniões dos grupos de idosos, as palestras programadas por a equipe.

Utilizaremos a ficha de idosos e a ficha espelho disponibilizada pelo curso. A ficha não prevê a coleta de informações sobre acompanhamento de Saúde Bucal, exame e dados relativos a classificação de risco. Assim, para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, o médico e o enfermeiro vai elaborar uma ficha complementar. Estimamos alcançar com a intervenção 810 pessoas acima de 60 anos. Faremos contato com o gestor municipal para dispor das 810 fichas espelho necessário e para imprimir as 810 fichas complementares que serão anexadas às fichas-espelho. Para o acompanhamento mensal da intervenção.

A enfermeira será responsável por organizar o registro específico do programa revisará o livro de registro identificando todas os idosos que vieram ao serviço para atendimento nos últimos 3 meses. A profissional localizará os prontuários e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas, exames clínicos e laboratoriais e vacinas em atraso. Será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidos com a equipe da UBS. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação sobre o manual técnico de Saúde do Idoso para que toda a equipe utilize esta referência na atenção às pessoas idosa. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, feita pelo Médico, para isto será reservada 2 horas ao final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe.

Faremos contato com a associação de moradores e com os representantes da comunidade nas duas igrejas da área de abrangência e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância da realização das consultas. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar as atividades com os grupos de idosos e de esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional.

Para monitoramento da ação programática, semanalmente a enfermeira examinará as fichas-espelho dos idosos identificando aquelas que estão com consultas, exames clínicos, exames laboratoriais ou vacinas em atraso. O ACS fará busca ativa de todas os idosos em atraso, estima-se 3 por semana totalizando 12

por mês. Ao fazer a busca já agendará aos idosos para um horário de sua conveniência.

Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica.

Com objetivo de ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 100%, será realizado monitoramento das ações e, para este fim, será necessário 810 fichas de atendimento da USF/UBS, 1 livro de registro de todos as pessoas idosa, 1 livro de registro odontológico, 1 livro de registro das visitas domiciliares. Esse material foi solicitado à gestão. O preenchimento dos prontuários e fichas de atendimento será realizado por todos os profissionais que realizam o atendimento (enfermeira, dentista, médico, técnicos). A ficha dos usuários idosos será preenchida pelo ACS e revisadas pela Enfermeira. O andamento das atividades será discutido semanalmente na reunião da equipe.

Para cumprir a meta de realizar avaliação multidimensional rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde, será necessário o mesmo material da meta anterior. Avaliação multidimensional rápida vai ser feita em conjunto pelo médico e enfermeira, na primeira consulta do idoso na UBS, para fazer a classificação dos fatores de risco e dar orientação geral para melhor sua saúde.

Todos os profissionais que realizam o atendimento irão 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. A ficha do pacientes idoso será preenchida pelo ACS e revisadas pela enfermeira para confirmar se esses exames estão de acordo. O andamento das atividades também será discutido semanalmente na reunião da equipe.

Para garantir que toda comunidade conheça a existência do programa de atenção ao paciente idoso, faremos palestras médicas em toda a comunidade. Estas atividades serão coordenadas e desenvolvidas pela enfermeira, médica, dentista e também pelos técnicos. Será coordenada pela enfermeira. Nesse momento, já foi realizada a coordenação com a comunidade.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

A melhoria da atenção à saúde dos idosos foi escolhida o tema da intervenção, visto que estes representam uma larga proporção da população em nosso município. Tornou-se, então, muito importante melhorar ações da Atenção Primária visando a promoção e prevenção de doenças, bem como a adoção de modos e estilos de vidas saudáveis para a população envelhecida.

Quando começamos a intervenção, tudo aconteceu de forma adequada, conforme planejado no projeto. Houve inicialmente uma reunião da equipe para estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática, definição das atribuições de cada membro da equipe e capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo de saúde dos idosos. A atividade foi realizada em dois momentos: no início da intervenção e novamente no dia 16 de abril de 2015, logo após de meu retorno das férias, quando já tinha a aprovação para começar a intervenção, com a participação de todos os profissionais de Saúde das duas Equipes do Município, comprometido no trabalho conjunto, para atingir nossas metas.

Definimos nestas capacitações as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos, para que todos os profissionais saibam que tem que fazer para uma atenção adequada aos usuários. Capacitamos a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares, para garantir que os exames complementares sejam orientado com critérios médicos. A equipe também foi capacitada para o acolhimento aos idosos, os ACS foram capacitados para realização de busca ativa de idosos faltosos e que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço, além de

receberem treinamento para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade. Houve treinamento da equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento, preenchimento da Caderneta da Pessoa idosa para ter uma fonte de informação e avaliação do estado de Saúde. A equipe também foi treinada para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da farmácia Popular/Hiperdia, para a orientação dos usuários dos benefício e direitos para obter os medicamentos pela farmácia popular. Os ACS foram orientados sobre o cadastro, identificação, reconhecimento e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Visando melhoria da qualidade do atendimento, qualificamos a equipe para o acolhimento para os idosos para garantir um conforto para todos os usuários e criação de sistema de alerta na ficha de acompanhamento para indicador o idoso para exames complementares e hemoglicoteste, para que se ofereça o procedimento para somente aqueles que precisam e para garantir o controle de usuários negligentes. Além disso, capacitamos a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mm/Hg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, para evitar futuras complicações ou desenlace fatais relacionado com essas duas doenças crônicas. A equipe foi capacitada para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito. Capacitamos os ACS para captação de idosos, para lograr uma captação em tempo para sua participação nos grupos e em as atividades que realizam e para que não fiquem afastados. Capacitamos, também, os dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para idosos, pedindo para que se organizasse a agenda para que nenhum idoso ficasse de fora do atendimento, com atenção ao tempo adequado da idade idosas e suas consequências.

Visando engajamento público, realizamos parcerias institucionais para realização de atividade física com na Escola Municipal de Ensino Fundamental Carlos Gomes de Barão Centro e Lenhor de Bom Fim de Arroio Canoas, ademais da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), e Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), para em conjunto desenvolver atividades não só de atividades físicas, mas também culturais nos encontros de Idosos, como com danças típicas da cultura gaúchas, suas comidas, roupas típicas, além de apoiar estas

instituições em seu trabalho. Também orientamos sobre as principais doenças mais prevalentes em idosos no município, como as HAS, DM e as doenças Psicológicas e Psiquiátricas.

Fizemos contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática de saúde dos idosos solicitando apoio para a captação e para as demais estratégias que serão implementadas. Esse contato foi realizado pelo médico da UBS, em conjunto com a enfermeira, entramos em contato com o gestor municipal de saúde, onde ela ficou muito interessada na intervenção e falou que qualquer recuso que precisemos para desenvolver a intervenção vai correr por ela. Esse contato com o líder comunitário ajudou porque facilitou os recursos para fazer as fichas espelhos, as cadernetas de saúde dos idosos, garantirem a agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo, garantiram material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde, garantiu material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde, garantiu os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropômetro, Tabela de Snellen).

Para as ações de prática clínica, coordenamos como seriam feitas as ações da rotina de atendimento como acolher os idosos, onde determinamos atender todos os idosos que comparecerem na UBS no mesmo turno (atendimento imediato da demanda espontânea). Além disso, divulgamos turnos de atendimentos preferenciais para os mesmos, para que todos se sentissem à vontade de comparecer à UBS. Cadastramos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde, onde aproveitamos a campanha de vacinação para aumentar o número de cadastrados. Orientamos para eles como vai acontecer seu seguimento pela equipe de saúde e a importância de seu atendimento médica periódico. Oferecemos atendimentos preferenciais para eles, para melhorar a atenção médica dos idosos, principalmente pelos profissionais que prestam atendimento direito à nossos avós.

Para as ações de monitoramento e avaliação, a enfermeira atualizou as informações do SIAB para a saúde do idoso todos os dias, via eletrônica. Monitoramos a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde periodicamente (pelo menos mensalmente). Este monitoramento foi feito por toda a equipe.

.3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Devido a todos os esforços da equipe para a intervenção, tudo ocorreu conforme o planejado, ou seja, conforme o cronograma. Como em tudo na vida, houve uns atrasos e mudança de planos, mas os quais já foram adaptados. No momento do meu retorno de férias, começaram os problemas: não tínhamos a mesma quantidade de ACS. De 7 ACS, ficamos com 4 e com um total de 3 micro áreas sem atenção por ACS, aspecto importante que interfere nos cadastros dos idosos, busca ativa de novos idosos, busca ativas de idosos faltosos na consulta, nas visitas domiciliares para os idosos acamados ou com problemas de locomoção. Também tivemos que lidar com o problema de que a enfermeira, com a qual eu tinha traçado toda estratégia para a intervenção, foi chamada para trabalhar em outro município. Ela tinha vital papel na intervenção para supervisionar nossos ACS, técnicos de Enfermeira, farmacêutica e assistente de dentista no cumprimento adequado das ações programadas. Apesar dos problemas, as ações foram cumpridas integralmente, já que a equipe reestruturada se comprometeu com o projeto, redobrando o esforço. A nova enfermeira mostrou ter elevada qualificação profissional e logo depois de eu explicar o projeto, ficou muito interessada e realizou seu trabalho de forma ótima.

Tivemos algumas coisas para planejar de novo, como distribuir de novo as ações e responsabilidades para nossos ACS, enfermeira, técnicos de enfermeira, dentistas, assistentes de dentista e farmacêutica. Fizemos nova capacitação dos profissionais para o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pela UBS; para lograr uma atenção do alto nível aos idosos e lograr adesão deles na UBS. Portanto, as ações previstas no projeto foram realizadas e cumpridas integralmente com leves dificuldades encontradas, mais se alcançou o objetivo traçado pelo apoio e engajamento da equipe, comunidade e gestores. Todas as ações propostas foram realizadas de acordo ao planejado no projeto e não identifiquei nenhuma ação no projeto que não tenhamos desenvolvido.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.

O fechamento das planilhas de coletas de dados e cálculo dos indicadores foi uma parte muito importante e de muito valor para avaliação numérica das atividades semana por semana, mês por mês. Tivemos dificuldades no lançamento de dados, identificada, pois alguns indicadores estavam acima de 100%, como o diagnóstico e captação de idosos com HAS e DM e o número de idosos acamados e com problema de locomoção.

Durante o preenchimento da planilha de coletas de dados do curso, tivemos diferentes dúvidas em diferentes dados para coletar como: “o idoso esta com pressão sustentável maior que 135/80 mm/Hg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica?”. Nossa equipe, depois de uma análise profunda, interpretou que se trata de duas perguntas totalmente diferentes e individuais, já que o usuário em atendimento pode entrar em qualquer um dos parâmetros. Achamos a pergunta muito ampla. Podemos ter um paciente com PA Sistólica de 136, 137 e PA Diastólica de 81, 82 mm/Hg sem ser portador de HAS, ou ter um idoso no momento da triagem com PA acima de 160/110 mm/Hg, e podemos falar que foi diagnosticado no momento do atendimento clínico.

Também tivemos dificuldade no indicador de idosos acamados ou com problema de locomoção. Problema de locomoção é uma condição patológica muito ampla e responde a diversos fatores, que não necessariamente podem levar a que o paciente fique acamado no futuro. Portanto, se o idoso não é acamado, acreditamos que este não tem que receber visita domiciliar com o mesmo enfoque patológico do acamado, além do que não tem que ser acamado para receber uma visita domiciliar pela Equipe.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

A equipe encontra-se com ótima motivação para realização das atividades que estavam por vir. Para a incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço e da viabilidade da continuidade da ação programática como rotina, temos que completar a equipe de saúde, com a mesma quantidade de ACS tinha no começo e que precisamos para cobrir nossa população completa do micro áreas. Esse aspecto é importante e interfere diretamente no cadastro dos idosos, busca ativa de novos idosos, busca ativas de idosos faltosos na consulta, nas visitas domiciliar para os idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Considero que trabalhando com consciência, adotando estas ações como estratégia do município após a finalização da intervenção, analisando os benefícios que esta trouxe para melhor a saúde de nossos idosos em conjunto com o gestor de saúde do município, as ações serão implementadas na rotina da UBS. Visamos continuar a identificação e diagnósticos de novas patologias, a promoção e prevenção de muitas doenças e complicações que possam ser evitados pelo diagnóstico oportuno. Através da análise da aceitação que as ações tiveram pelas pessoas idosas e por todo o município, que olhou e palpou nosso trabalho e o compromisso de toda a equipe, acredita-se que estas podem e devem ser adotadas como rotina na UBS.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A saúde das pessoas acima de 60 anos foi o tema da intervenção no município de Barão/RS. A intervenção ocorreu durante 12 semanas, iniciando após minhas férias. Graças ao entusiasmo e esforço da equipe de saúde, os resultados foram muito gratificantes para todos profissionais. Na atenção básica de saúde, a promoção e prevenção das doenças representam nosso objetivo principal e foram buscadas diariamente para a população alvo. Na área adstrita, temos um total de 810 idosos, distribuídos em 3 comunidades (Barão Centro, Arroio Canoas e Francesa Alta). Participaram da intervenção 625 usuários durante os 3 meses o qual representou o denominador utilizado, os usuários idosos cadastrados durante a intervenção. Os indicadores de qualidade alcançaram quase todas as metas traçadas no projeto da intervenção.

A seguir, serão discutidos os resultados obtidos para todos os indicadores que avaliaram a cobertura, qualidade, adesão, registros e promoção em saúde.

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

META. 1. Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 100%.

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

A Equipe traçou como meta ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 100,0%. Durante o primeiro mês, o número de idosos residente na área de abrangência cadastrados no programa foi 184, o que representou 22,7% dos idosos da área (810 idosos). No mês 2, pode-se observar o

aumento deste indicador, já que foram cadastrados no programa 411 idosos (50,7%), já representando mais da metade da meta traçada. No mês 3 foram cadastrados 625 idosos, o que representou 77,2% do total da população alvo no final do período intervenção de 12 semanas. Apesar da nossa equipe ter planejado ações para a saúde do idoso para um período de 16 semanas tiveram que adiar o início das atividades devido meu período de férias. Ademais, tivemos que lidar com ausência de ACS em 3 micro-áreas, o qual reduziu o ritmo de trabalho dessas áreas. Ainda assim, com 4 semanas a mais de atendimento com as atividades inseridas na rotina da equipe poderemos atingir a meta traçada pela equipe de cadastrar 100,0% dos idosos da área (Figura 1).

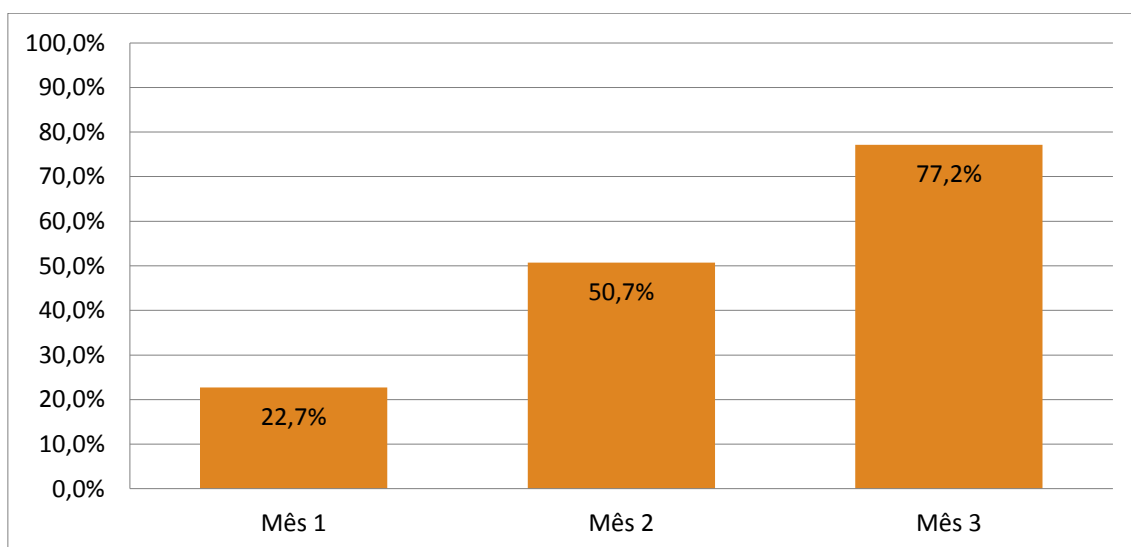


Figura 1: Proporção de Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na UBS Barão, Barão. RS. 2015.

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

META 2. 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.

Foi planejado pela equipe realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência cadastrados no programa, utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde. No primeiro mês, o número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia foi de 184 avaliações, o que representou 100,0% dos idosos cadastrados no período. A proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida no segundo mês foi 99,8% (410 de 411 idosos). No mês 3, finalizamos a intervenção com 625 idosos recebendo a avaliação (100,0%). Os idosos foram cadastrados e receberam consultas durante as visitas domiciliares, nas consultas médicas e na campanha de vacinação para gripe, que coincidiu com o período da intervenção. Acredita-se que pela disponibilidade da equipe em atender os idosos dessas diversas formas conseguimos chegar à meta de 100% (Figura 2).

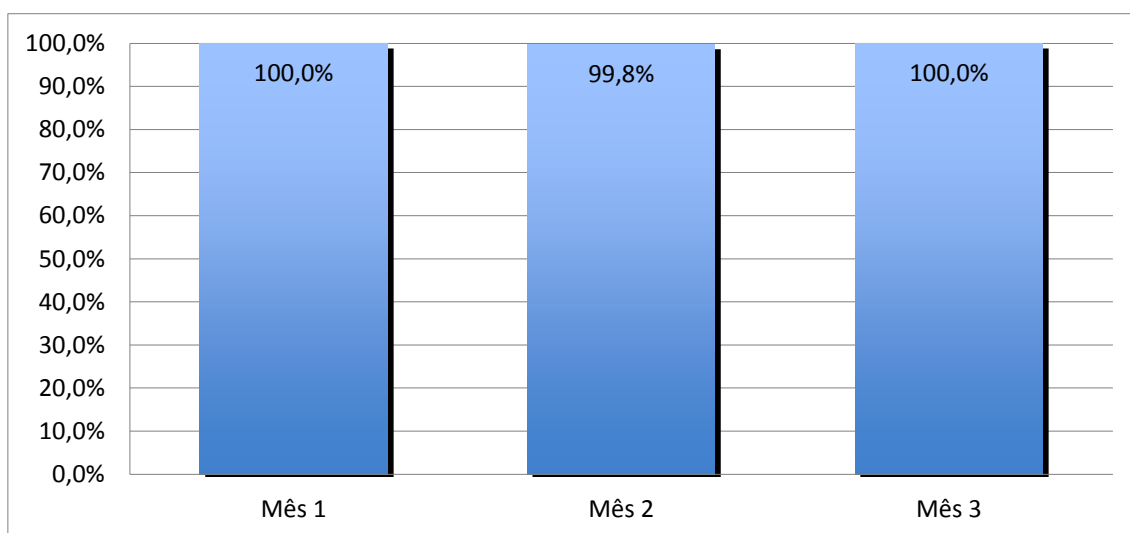


Figura 2: Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia na UBS Barão, Barão. RS. 2015.

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

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

A proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia, foi um dos indicadores que não alcançaram a meta proposta de 100% dos idosos cadastrados com exame apropriado, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos

tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos. No primeiro mês, o número de idosos com exame clínico apropriado em dia foi de 176 idosos (95,7%), pois tivemos 8 usuários da UBS que usaram seu outros planos de saúde para realizar diversos exames clínicos e não os realizaram conosco. Apesar do serviço não ter sido prestado pela equipe, acreditamos que esses 8 usuários receberam os exames. Durante o mês 2, de 411 usuários cadastrados, 410 tiveram exame clínico apropriado em dia (97,8 %), pois 1 não precisou realizar tais exames. No mês 3, 617 idosos tiveram examine clinico apropriado (98,7%), ficando de fora aqueles 8 idosos que em determinadas situações preferiram fazer uso de seus planos de saúde (Figura 3).

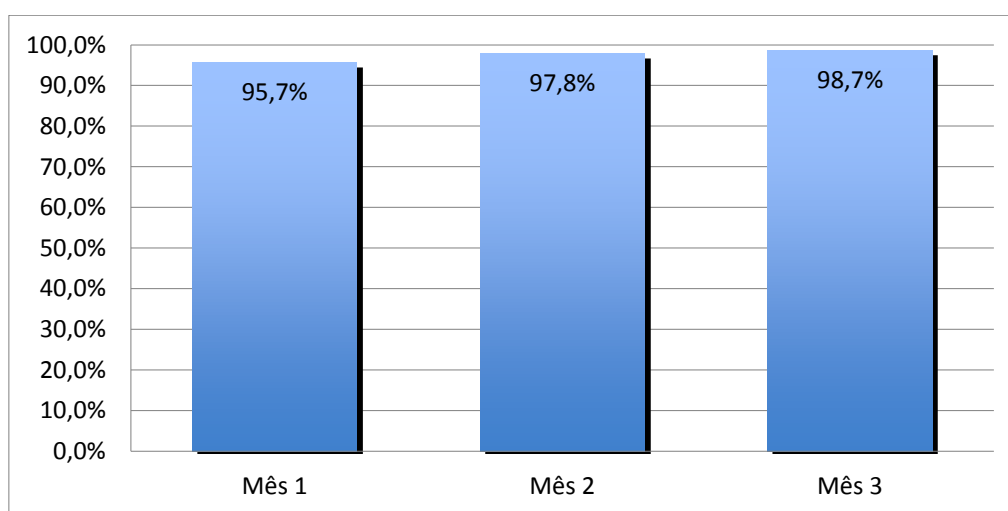


Figura 3: Proporção de idosos com Examine Clínico apropriados em dia na UBS Barão, Barão. RS. 2015.

META 4. 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.

Durante o mês 1 da intervenção, o número de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia foi de 133 (95,7%), resultado que não pode alcançar a meta de acordo o planejado porque tivemos 6 idosos que não precisaram indicação de exames médicos complementares, visto que já havia sido indicado por seus médicos particulares.

Durante o mês 2, a proporção foi aumentando, foram solicitados exames complementares a 269 idosos (98,2%). Já no mês 3, 399 idosos receberam solicitação de exames (98,8%) (Figura 4). Apesar de não termos alcançado 100%, chegamos muito perto e o motivo de nem todos os idosos terem recebido solicitação de exames pela equipe é porque não havia necessidade (os mesmos já haviam feito recentemente os exames). Entretanto, agora todos já sabem que a equipe da UBS que os acompanha pode realizar tal pedido.

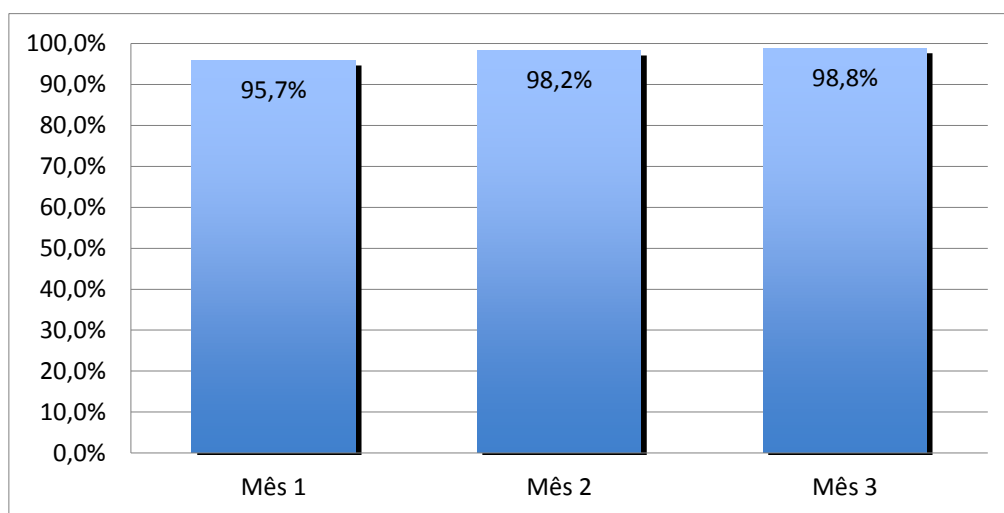


Figura 4: Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia na UBS Barão, Barão, RS, 2015.

META 5. Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos

INDICADOR 5. Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular prioriza.

A equipe tomou como meta priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos. As ações encaminhadas para alcançar o objetivo foram desenvolvidas e durante o mês 1, o número de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada foi de 132 idosos (71,7%), no mês 2 foram 250 idosos (60,8%), e durante o mês 3 foram 380 idosos (60,8%). A figura 5 mostra a evolução do indicador. Não foi possível atingir a meta porque, apesar da equipe orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas

para obter estes, temos pacientes com diversas doenças como HAS, DM, Asma Bronquial, Gastrite, Hipotireoidismo, Osteoartrose e muitos dos medicamentos necessários como a Levotiroxina, Omeprazol, Salbutamol, entre outros não são disponibilizados pela Farmácia Popular.

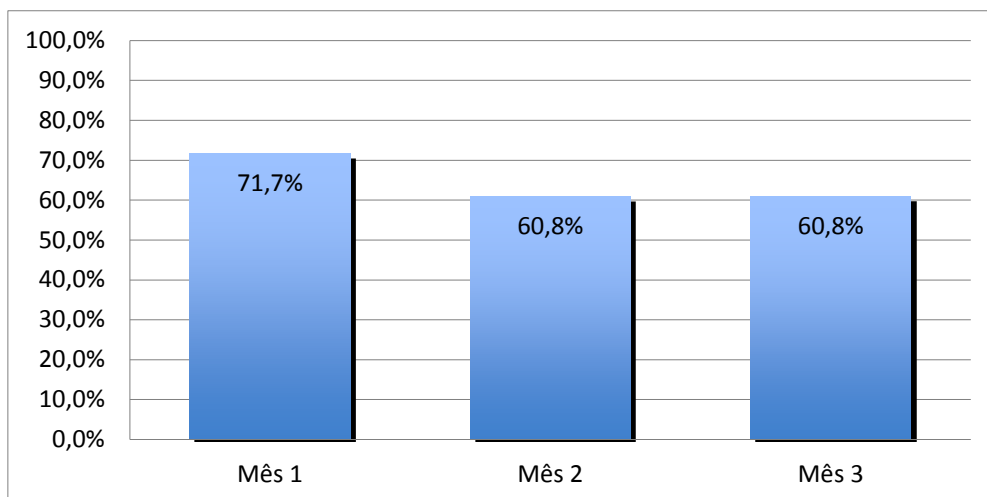


Figura 5: Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada na UBS Barão, Barão, RS, 2015.

META 6. 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.

A proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados, foi um dos indicadores em que conseguimos cumprir como planejamos, cadastrando 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. O número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa durante o mês 1 foi de 7 (100,0%), durante o mês 2 foram cadastrados 8 idosos (100,0%), e no mês 3 foram cadastrados 8 idosos (100,0%). Obtivemos sucesso devido ao trabalho em conjunto da equipe, com participação fundamental dos ACS que foram os principais responsáveis pelo cadastro dos 100% dos idosos acamados ou com problema de locomoção pertencente área de abrangência. Também foi importante a supervisão da enfermeira e médico. Notou-se uma ótima aceitação dos idosos, familiares e dos líderes da comunidade, os quais

ficaram muito agradecidos pela importância que representam as pessoas idosas para toda comunidade. Não tivemos dificuldades durante a realização desta ação.

META 7. Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

INDICADOR7. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.

A proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar também se manteve como o planejado. Realizamos visitas domiciliares a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. O número de idosos acamados ou com problema de locomoção que receberam visita domiciliar foi de 7 no mês 1 (100,0%), no mês 2 foi de 8 pessoas (100,0%) e no mês 3 também foi de 8 pessoas (100,0%). O resultado deste indicador foi bom porque a equipe soube trabalhar em conjunto, com participação fundamental do médico e enfermeira da UBS, que foram os principais responsáveis pelas visitas domiciliar de 100% dos idosos cadastrados com problema de locomoção ou acamados pertencente área de abrangência. Como citado anteriormente, foi muito importante a ajuda dos ACS e também técnicas de enfermeira na identificação dos usuários com necessidade de visitas e no contato diário com o paciente que apresentou úlcera de decúbito. Com uma ótima aceitação dos idosos, seus familiares e cuidadores, a equipe alcançou o acompanhamento de todos os idosos acamados, os quais ficaram muito agradecidos.

META 8. Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

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

A equipe durante o mês 1 fez uma verificação da pressão arterial em 184 idosos que assistiram consulta médica, e todos foram rastreados para hipertensão na última consulta(100,0%), no mês 2 fizemos uma verificação da pressão arterial nos idosos de 410 idosos (99,8%). Já no mês 3, fizemos para 625 idosos (100,0%) (Figura 6). Assim atingimos nossa meta de rastrear 100% dos idosos para

Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Esse resultado ocorreu porque no mês 2, de 411 idosos cadastrado no programa, só um idosos não recebeu verificação da pressão arterial, porque o mesmo alegou que sua PA fica alta por nervosismo nas consultas com o médico, alegando que seu médico particular realizou o diagnóstico como uma “Hipertensão de Jaleco Branco”.

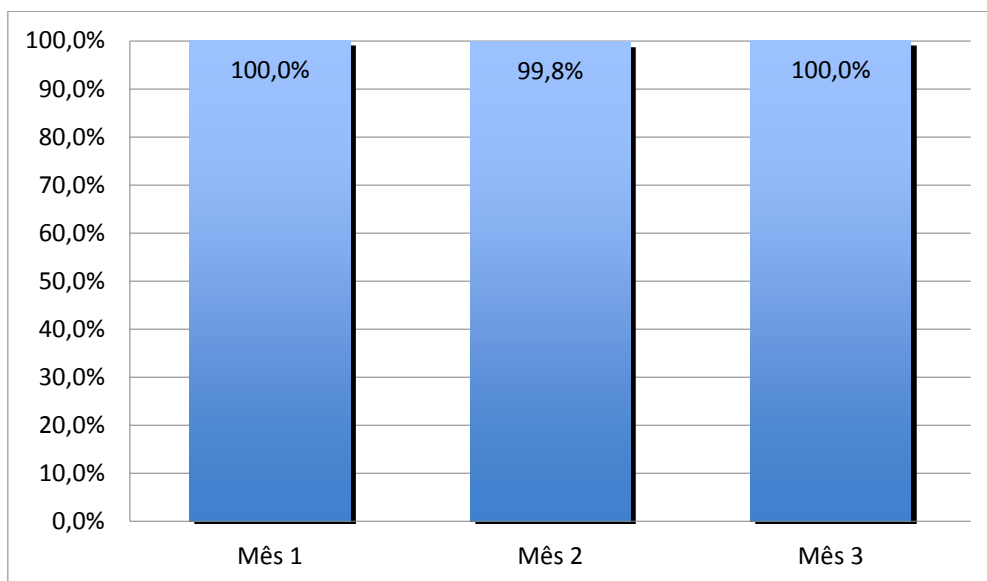


Figura 6: Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta na UBS Barão, Barão. RS. 2015.

META 9. Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM).

INDICADOR 9. Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes

O número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus durante o mês 1 foi de 138, e tivemos um número de idosos com pressão sustentada maior que 135/80mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica de 139, com uma proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes de 99,3%. Só um deles não foi rastreado porque não precisou, já que tinha uma avaliação recente por seu outro médico particular. Durante o mês 2, o número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus foi de 156 idosos (100,0%) e no mês 3 de 270 idosos (98,5%) (Figura 7), onde podemos observar que não foi feito o rastreamento de 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou

com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM), já que tivemos 5 usuários que fizeram o exame utilizando seus planos de Saúde.

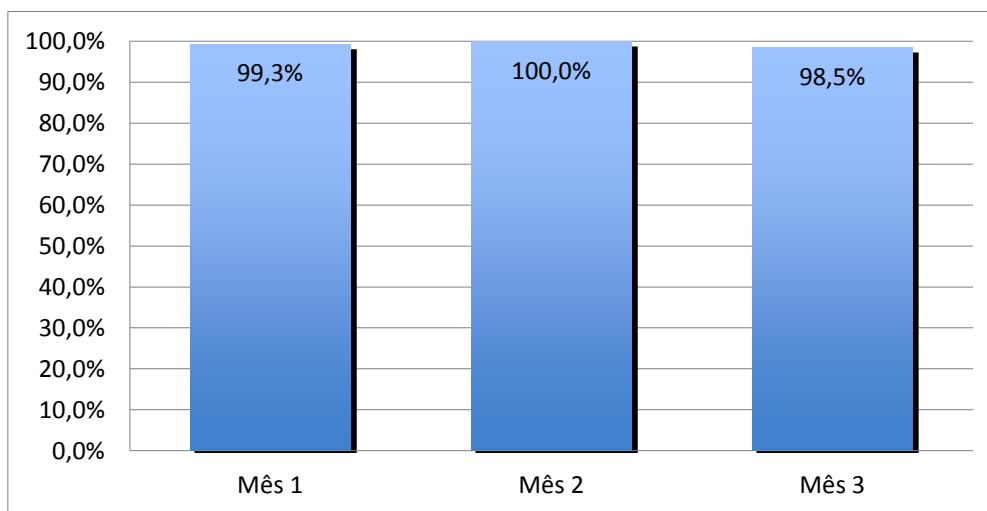


Figura 7: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes na UBS Barão, Barão. RS. 2015.

META 10. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

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

A Equipe também se propôs realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos. Na figura 8 é possível observar que no mês 1 número de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico foi de 182 idosos (98,9%), durante o mês 2 foram avaliados 408 idosos (99,3%), e no mês 3 foram avaliados 623 idosos (99,7%). Este indicador também não foi possível cumprir a meta porque muitos dos usuários idosos comentaram que não precisavam realizar atendimento, porque fazia pouco tempo que haviam sido examinados, outros que alegaram que se não tem dor, não precisam ser examinados, nem avaliados. Apesar das ações formarem parte de nossa rotina de trabalho e de sabermos e orientarmos da importância do exame, não podemos obrigar nossos usuários a realizá-la. Por isso, nosso objetivo a partir de agora é seguir orientando para reduzir o número de pessoas que se negam a fazer a ação.

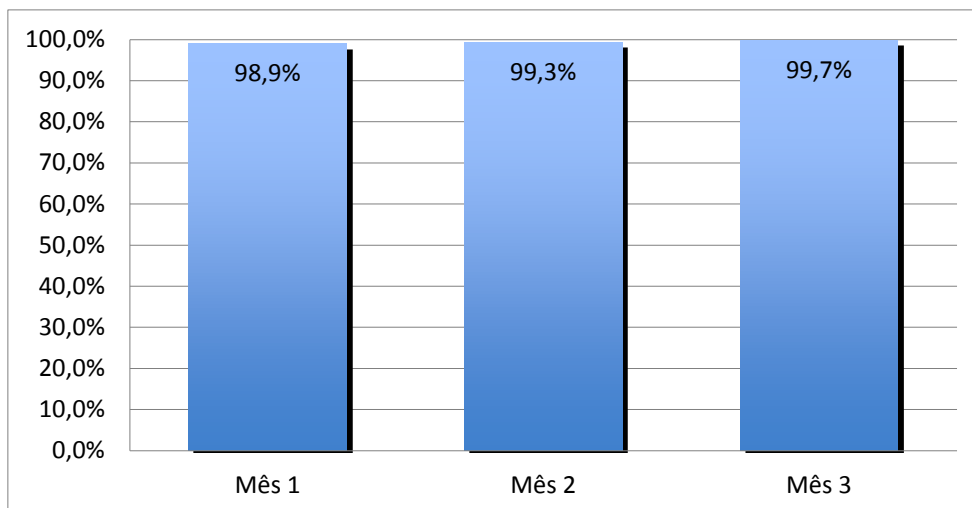


Figura 8: Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Barão, Cidade Barão. RS. 2015.

META 11. Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

INDICADOR 11. Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática

A figura 9 mostra o resultado do indicador 11, que correspondia a meta de realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos, a qual não foi possível cumprir. Durante o mês 1, o número de idosos com primeira consulta odontológica programática foi de 102 idosos (55,4%), durante o mês 2, foi de 158 idosos (38,4%), e no mês 3, finalizamos a intervenção com o 158 idosos (25,3%). Podemos apreciar que à medida que a intervenção vai sendo cumprimentada a proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática foi diminuindo, dados que podemos alegar a dificuldade de encontrar uma pessoa com idade acima de 60 anos que tenha uma consulta de odontologia pela primeira vez na UBS. Apesar disso, pode-se considerar para meu município um número muito elevado de cobertura odontológica a idosos, fator dado por a falta de cultura sanitária da população, características comum dos colonos da Serra Gaúcha, descendentes de Alemães e Italianos e que não tem costume de assistir à consulta médica/odontológica se não estão com sintomatologia aguda. Todos vivem só para o trabalho, afastando a saúde para um segundo plano entre suas prioridades.

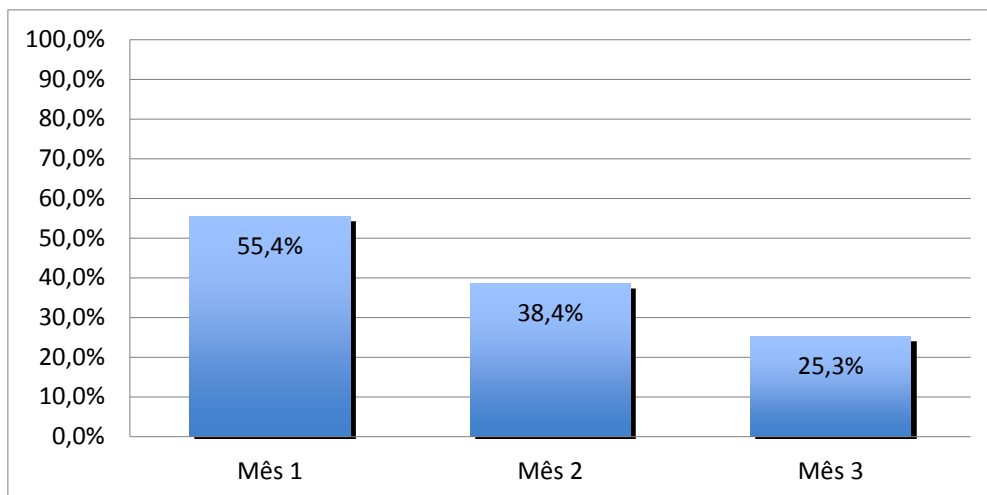


Figura 9: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática na UBS Barão, Cidade Barão. RS. 2015.

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

META 12. Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas

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

A proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa foi uma meta totalmente cumprida pela equipe. No mês 1 da intervenção, o número de idosos faltosos às consultas programadas e buscados pela unidade de saúde foi de 42 usuários (100,0%) e o mesmo número manteve-se nos segundo e terceiro meses. Isto se refletiu no fato de que poucos idosos faltaram a consulta programada e isso aconteceu só no primeiro mês da intervenção, pois nossas ações educativas durante as palestras implementadas pela equipe conscientizou a população e os fez responsáveis pela própria saúde. Durante os demais meses, não foi repetido o problema de faltosos.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

META 13. Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

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

Manter registro específico de 100% das pessoas idosas foi outra meta traçada pela Equipe de Saúde durante a intervenção. Durante o mês 1, o número de idosos com registro na fichas espelho em dia foi de 184 idosos (100,0%), no mês 2 de 410 idosos, para uma proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia de 99,8%, e no mês 3 de 625 idosos (100,0%). Esse resultado ocorreu porque tratasse de um paciente muito complicado, procedente de outra área de saúde, e faz pouco tempo esta morando em nosso município, o qual não gosta de assistir a consulta medica programada, só quando tem uma doença aguda que o impossibilite de continuar trabalhando.

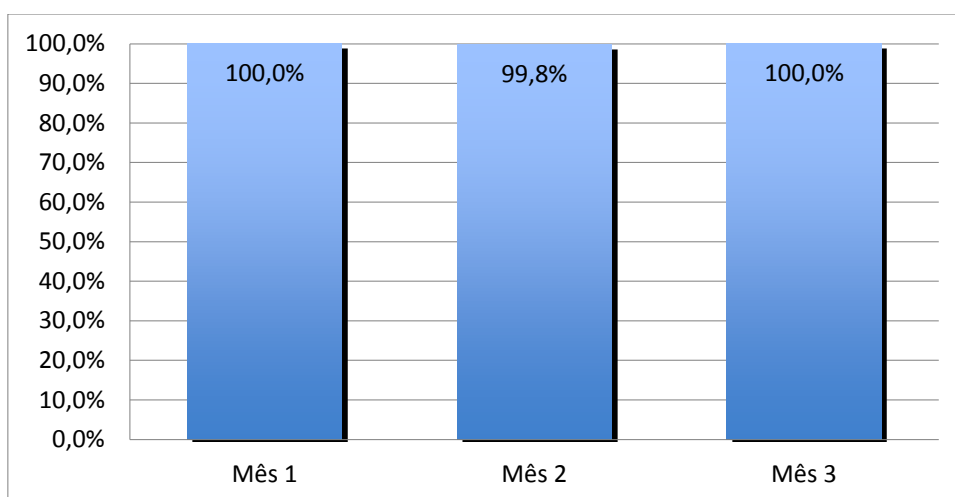


Figura 10: Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia na UBS Barão, Barão. RS. 2015.

META 14. 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

Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados foi um indicador que ficou por baixo do esperado pela equipe. Durante o mês 1, o número de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa foi de 110 idosos (59,8%), durante o mês 2, 336 idosos (81,8%), e durante o mês 3, 551 idosos (88,2%) (Figura 11). Esse resultado ocorreu porque apresentamos dificuldade para

fornecer as mesmas, pois a secretaria de saúde avisou que o modelo foi enviado para uma gráfica em Porto Alegre com a qual há um contrato, há uma melhor reputação e um produto final de maior qualidade. Entretanto, a impressão vai levar um pouco de tempo e as cadernetas que foram distribuídas foram feitas no município, por decisão da equipe.

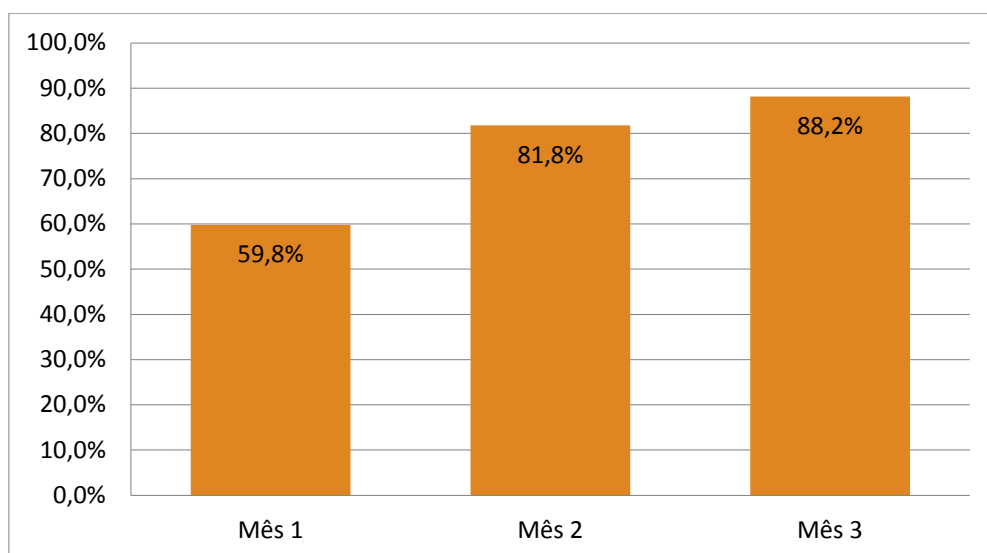


Figura 11: Proporção de idosos com Caderneta de Saúde das Pessoas Idosa na UBS Barão, Barão, RS, 2015.

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

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

INDICADOR 15. Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.

A proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia durante o mês 1 da intervenção foi de 100,0% (n=184 idosos). Já no mês 2, o número de idosos rastreados quanto ao risco de morbimortalidade foi de 410 (99,8%) e no mês 3 foi de 625 (100,0%). Finalizamos o período intervencional tendo rastreado 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade durante a intervenção. Este bom resultado deve-se ao trabalho, a capacitação de toda a equipe neste aspecto, fundamentalmente do médico e enfermeira, sempre utilizando os Protocolos Padronizados pelo Ministério de Saúde. Apesar do esforço, o resultado de 99% deve-se a uma pessoa não ter passado pela atividade no mês 2 porque o usuário

referiu que só precisa renovar sua receita médica de uso contínuo, que qualquer outra situação referente a sua saúde, o responsável é seu médico do plano de saúde em Garibaldi, o qual faz os ajustes adequados dos medicamentos e indica os exames, realiza exames físicos pertinentes para avaliar os riscos de complicações. Da mesma forma que para o indicador de avaliação odontológica, não podemos obrigar o usuário a realizar os exames na UBS e acreditamos que o fato do mesmo estar em acompanhamento particular, também está recebendo o serviço e está seguro quanto a problemas futuros.

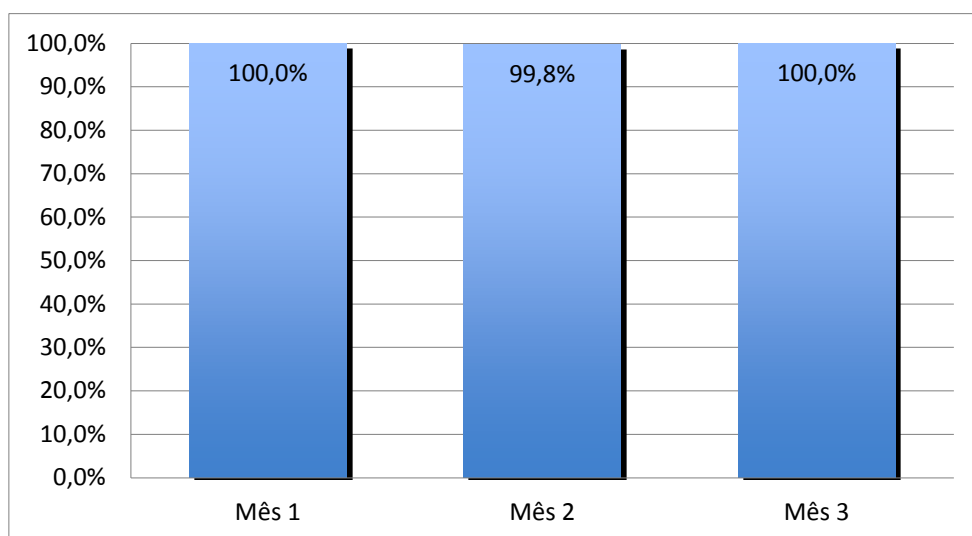


Figura 12: Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia na UBS Barão, Barão. RS. 2015.

META16. Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

INDICADOR 16. Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia.

Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas foi considerada pela equipe uma das metas mais importantes a ser desenvolvida. No mês 1 da intervenção, o número de idosos investigados quanto à presença de indicadores de fragilização na velhice foi de 183 (99,5%), durante o mês 2 foi de 409 (99,5%), e no mês 3 foi de 624 (99,8%), onde por muito pouco não atingimos a meta planejada, porque temos pacientes que preferem fazer este tipo de avaliação com seus médicos particulares, fazendo uso de seus planos de saúde, os

quais comentaram estar com sua avaliação para fragilização na velhice em dia, mas não pelo SUS. Por isso, este resultado também foi considerado muito bom.

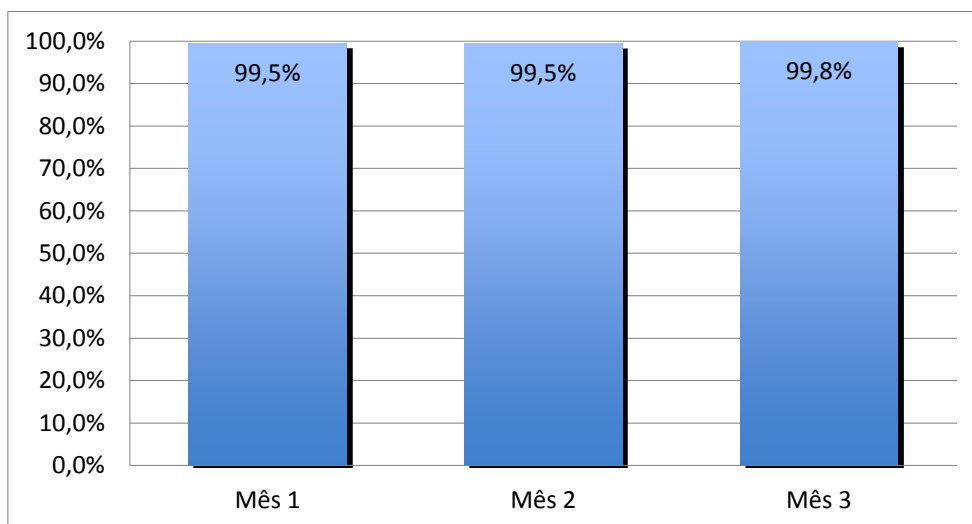


Figura 13: Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia na UBS Barão, Barão. RS. 2015.

META 17. Avaliar a rede social de 100% dos idosos

INDICADOR 17. Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia.

A proporção de idosos com avaliação de rede social em dia foi de 100,0% no mês 1 e 3 da intervenção. Durante o mês 1, o número de idosos com avaliação de rede social em dia foi de 184 idosos (100%), no mês 2 foi 410 idosos (99,8%) e no mês 3 foi 625 idosos (100%). No segundo mês, um idoso não recebeu avaliação de rede social foi porque trata-se de um usuário muito complicado, procedente de outra área de saúde e faz pouco tempo esta morando em nosso município. Este usuário não gosta de assistir à consulta médica programada e só comparece à UBS quando tem uma doença aguda que o impossibilite de continuar trabalhando. Mas as redes sociais em nosso município estão à disposição da população, com boa parceria do setor de saúde como CRAS, NASF, para garantir o apoio aos idosos que precisarem. Apesar do segundo mês não termos feito a avaliação neste idoso, podemos considerar que se cumpriu o objetivo inicial.

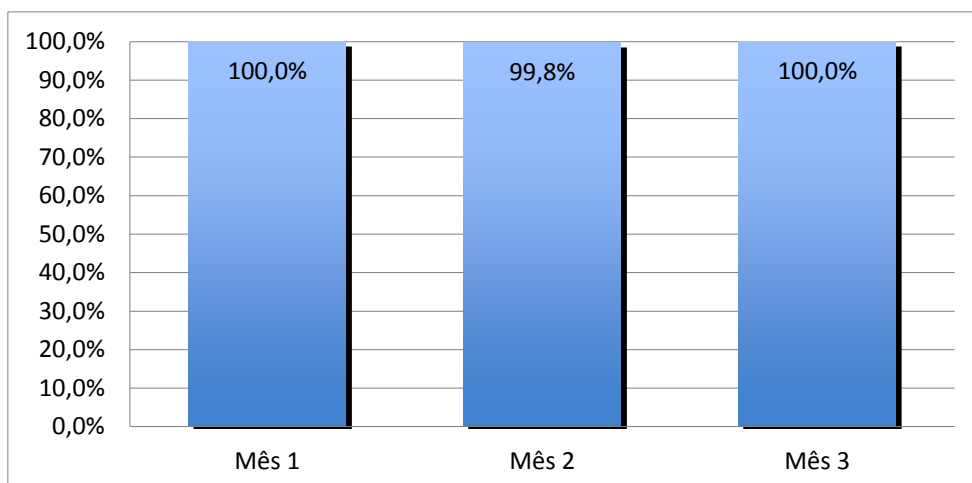


Figura 14: Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia na UBS Barão, Barão, RS, 2015.

Objetivo 6. Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

META 18. Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

INDICADOR 18. Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis

A proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis se comporta de acordo o esperado pela equipe de 100,0% no mês 1 e 3 da intervenção. Durante o mês 1, o número de idosos com orientação nutricional foi de 184 idosos (100%), no mês 2 foi 410 idosos (99,8%) e no mês 3 foi 625 idosos (100%). No segundo mês, um idoso não recebeu orientação foi porque o usuário alegou que tinha consulta com sua psiquiatra e não tinha muito tempo para escutar sobre o tema, porque tinha que fazer um viagem para consultar.

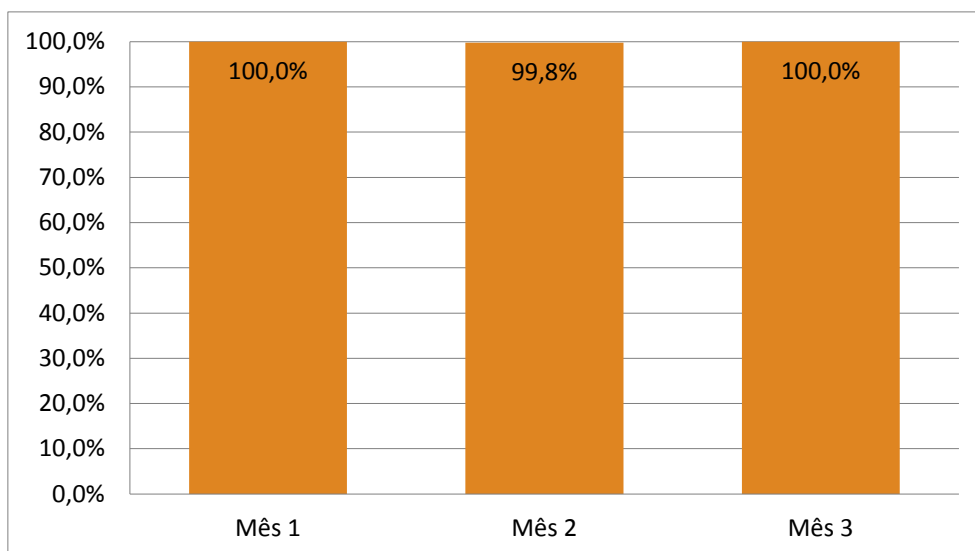


Figura 15: Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis na UBS Barão, Barão, RS, 2015.

META 19. Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

INDICADOR 19. Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física

A proporção de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física foi de 100,0% no mês 1 e 3 da intervenção. Durante o mês 1, o número de idosos com orientação foi de 184 idosos (100%), no mês 2 foi 410 idosos (99,8%) e no mês 3 foi 625 idosos (100%). No segundo mês, um idoso não recebeu orientação porque tratasse de um usuário com varias diagnostico de Hipertensão, Diabete e Insuficiência Renal Crônica o qual recebe tratamento médico com diálises, o qual limita a pratica regular de atividades físicas. A orientação para a prática regular de atividade física foi feita a 100% idosos de nossa área de abrangência e esse resultado deve-se ao trabalho em equipe, em parceria com os professores de Educação Física das escolas. A participação das Técnicas de Enfermeira foi fundamental, profissionais que foram os principais responsáveis pelas atividades desenvolvidas, com supervisão do médico e enfermeira. Houve uma ótima aceitação dos idosos e seus familiares.

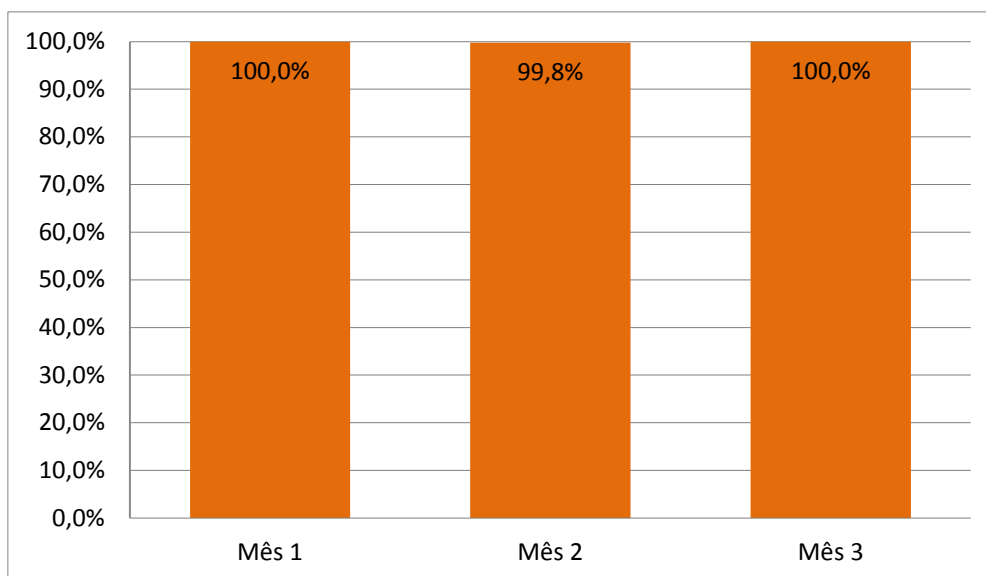


Figura 16: Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividades físicas regulares na UBS Barão, Barão. RS. 2015.

META 20. Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

INDICADOR 20. Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal

A proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal também foi de 100,0% durante o mês 1 e 3 da intervenção. Durante o mês 1, o número de idosos com orientação sobre higiene bucal foi de 184 idosos (100%), no mês 2 foi 410 idosos (99,8%) e no mês 3 foi 625 idosos (100%). Garantimos orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados e esse resultado deve-se a parceria feita com toda a equipe, incluindo equipe de saúde bucal- dentista e auxiliar de Odontologia de nossa UBS, que foram os principais responsáveis pelas orientações sobre higiene bucal. Também houve ótima aceitação dos idosos, seus familiares e cuidadores. No segundo mês, um idoso não recebeu orientação porque o usuário alegou que tinha consulta com sua psiquiatra e não tinha muito tempo para escutar sobre o tema.

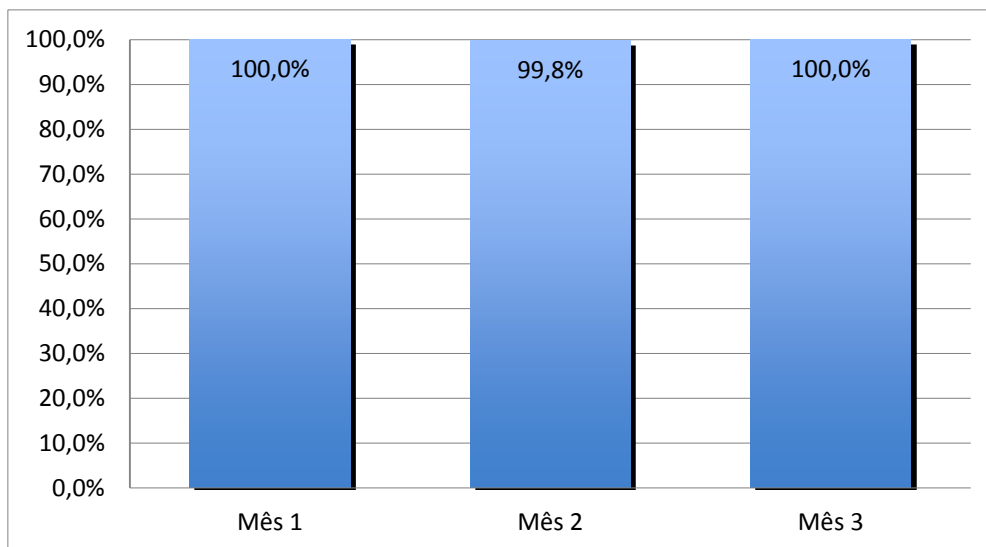


Figura 17: Proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia na UBS Barão, Barão, RS, 2015.

4.2 Discussão

A presente intervenção permitiu a ampliação da cobertura da atenção aos idosos de nosso município, melhorando o acolhimento aos usuários e disponibilizando conforto adequado aos mesmos. Também obtemos aceitação de nosso serviço profissional, melhoraria significativa dos registros de dados dos usuários (implementação de ficha espelho e distribuição da caderneta de Saúde do idoso) e a qualificação da atenção, com destaque para a realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção. Foi feita, também, promoção em saúde para os idosos cadastrados, através da realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, orientação de atividade física regular, orientação para os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

A intervenção, em minha UBS propiciou a união ainda mais da equipe de saúde, atestou que estamos preparados para desenvolver qualquer atividade seja qual for sua finalidade e mostrou como são os capacitados para afrontar as adversidades. A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse ainda mais nos

Protocolos do Ministério de Saúde, na Saúde das Pessoas idosas, como a Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes, Osteoporose, sobre hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável" ou o "Guia alimentar para a população brasileira", higiene bucal e de próteses dentárias, idosos acamados ou com problemas de locomoção. Assim, podemos nos capacitar para melhorar rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento de doenças freqüentes nas idades acima de 60 anos. É importante ressaltar que essa atividade promoveu o trabalho integrado dos ACS, do dentista, da enfermeira, das técnicas de enfermeira, da técnica em farmácia, do auxiliar de odontologia, da recepcionista, do médico, da psicóloga, psiquiatra e nutricionista.

Durante a intervenção, foi vital o trabalho de nossas técnicas de enfermeira, para quem foi atribuída a tarefa de realizar os primeiros passos do acolhimento, organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares, melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM e HAS, realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos, organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção. Já a enfermeira e o médico foram encarregados de capacitar a equipe no acolhimento aos idosos, na avaliação da necessidade de tratamento e encaminhamento para serviço odontológico, no cadastramento e captação de idosos, para orientação e promoção de saúde de idosos. Nossos ACS foram essenciais para cadastrar todos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde, informar a comunidade sobre a existência do programa, 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 os idosos e a comunidade para a realização de atividade física regular. A nutricionista foi responsável por orientar os idosos e cuidadores 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", orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos. Por fim, a técnica de farmácia orientou os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, a dentista e técnica de odontologia participaram na informação da comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de idosos e na orientação sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias.

Isto acabou tendo impacto também em outras atividades no serviço como o encaminhamento dos idosos para os especialistas, já que melhorou muito a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. O porte as caderneta nas consultas em outros níveis de atenção proporcionou uma adequada informação do histórica e evolução de doenças de cada idoso. O trabalho em conjunto com outras entidades como institucionais para realização de atividade física com na Escola Municipal de Ensino Fundamental Carlos Gomes de Barão Centro e Lenhor de Bom Fim de Arroio Canoas, ademais da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), e Centro de Referências de Assistência Social (CRAS), foi ótimo para desenvolver atividades físicas e também culturais nos encontros de idosos. Foram feitas atividades como com danças típicas da cultura gaúchas, suas comidas, roupas típicas, além de apoiar estas instituições em seu trabalho, e traçar novas diretrizes em seu atuar como guias para a resolução e aconselhamentos para muitos dos problemas da população baronense.

Antes da intervenção as atividades de atenção aos idosos não tinha muita prioridade em comparação com as gestantes e crianças. Foi reforçada a orientação da necessidade de renovar receita médica de uso contínuo, realização de exame clínico apropriado dos idosos e melhoria do preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa. A intervenção reviu as atribuições da equipe, viabilizando a atenção a um maior contingente populacional. A melhoria do registro e o agendamento dos idosos hipertensos e diabéticos viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea, bem como a classificação de risco, que tem sido crucial para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos, assim temos melhores controles de suas doenças para evitar uma futura complicação que sempre pode evitasse com uma atuação oportuna.

A intervenção teve um impacto esperado, dado pela grande percepção da comunidade, pelos líderes comunitários formais e informais do município, que alegam desenvolver esse projeto com os outros grupos alvo da comunidade, como são as Gestantes, as Crianças, os usuários Hipertensos e Diabéticos, entre outros, para assim obter os resultados e melhorar ainda mais as condições de saúdes de nossa população. Nossas pessoas Idosas ficarem muito agradecidas pelo projeto, demonstrando satisfação com a prioridade no atendimento, com as atividades de Promoção e Prevenção de Saúdes desenvolvidas pela Equipe para eles.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde o começo eu tivesse uma melhor comunicação com minha tutora. Eu não aproveitei muito bem o espaço do dialogo Tutor/Especializando, embora que sempre ela esteve disponível e aclarou muitas dúvidas, minhas e da equipe, também discutido as atividades que vinha desenvolvendo com outros colegas. Além disso, tudo seria facilitado se a equipe com a qual eu comecei tivesse sido mantida com igual números de integrantes, fundamentalmente de ACS, sem internet tivesse uma boa qualidade, se os recursos que foram pedidos para a secretaria de saúde tivessem sido recebidos a tempo. Agora que finalizamos a intervenção, percebo que a equipe esta integrada, porém, como vamos incorporar a intervenção rotina do serviço, teremos condições de superar algumas das dificuldades encontradas inicialmente.

A intervenção será incorporada a rotina do serviço. Para isto, temos que ampliar a equipe, faremos concursos municipais em procura de candidatos a ACS para completar a cobertura das micro áreas que faltam. Vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade. Notamos que a falta de algumas informações em nossos registros acabaram prejudicando o resultado de “100%” de alguns indicadores. Tomando este projeto como exemplo, também pretendemos implementar o programa de câncer de colo uterino e mama.

5 Relatório da intervenção para gestores

A Saúde das Pessoas Idosas representa um tema muita importância na Atenção Básica de Saúde. O envelhecimento, antes considerado um fenômeno, hoje, faz parte da realidade da maioria das sociedades. O envelhecimento populacional é uma resposta à mudança de alguns indicadores de saúde, especialmente a queda da fecundidade e da mortalidade e o aumento da expectativa de vida. A longevidade pode ser considerada um triunfo das pessoas, mas se acontece sem nenhum transtorno de sua capacidade vital. Esse aspecto é muito difícil, já que muitas pessoas idosas são acometidas por doenças e agravos crônicos não transmissíveis, que podem gerar um processo incapacitante, afetando a funcionalidade das pessoas idosas para o desempenho de suas atividades cotidianas de forma independente.

Devido a importância do cuidado com o idoso, a equipe da UBS Barão escolheu como tema de intervenção a saúde das pessoas idosas. Os objetivos da intervenção foram garantir uma melhoria na qualidade da atenção aos idosos, melhorar a adesão dos idosos na UBS, qualificar registros e promover saúde. O projeto teve uma duração de 12 semanas, com a participação de todos os profissionais da equipe.

Conseguimos ampliar a cobertura do Programa de Atenção a Saúde das Pessoas Idosas, onde foram beneficiados 625 idosos no programa, o que representa 77,2% do total de idosos da área. Além do aumento significativo da cobertura do programa, também qualificamos o atendimento clínico e 617 usuários de 625 cadastrados no programa realizaram exame de acordo com o protocolo de atenção aos idosos do Ministério da Saúde. Também orientamos usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, o qual permitiu que um total de 380 idosos ganhasse seus medicamentos pela

farmácia popular (mais dos 50% dos idosos da área). A intervenção permitiu que 623 idosos recebessem avaliação da necessidade de atendimento odontológico, exames bucais, o que demonstra melhoria também na saúde bucal.

Durante a intervenção, capacitamos nossos ACS na busca dos idosos que não estivessem realizando acompanhamento em nenhum serviço ou faltosos à consultas programadas, o qual permitiu que os 42 idosos faltosos recebessem busca ativa tanto pelos ACS, como pelo médico e enfermeira. Além deles, um total de 8 idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência também receberam visita domiciliar.

A verificação da pressão arterial em todas as consultas foi um aspecto bem positivo, com um total de 625 idosos cadastrados e com verificação nas consultas e também a realização do teste rápido para detectar alteração do açúcar no sangue (hemoglicoteste) em idosos com pressão arterial elevada, com um total de 270 idosos com testes realizados. Aplicamos Avaliação Multidimensional Rápida (risco de ter uma seqüela produto das complicações de suas doenças, ou falecer por mão controle delas). Foram feitas ações de monitoramento e avaliação da intervenção, onde a enfermeira atualizou as informações do SIAB para a saúde do idoso todos os dias. Também monitoramos a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde e melhoramos o registro das informações. A implementação do registro na ficha espelho permitiu manter registro específico de todas as pessoas idosas, garantindo um controle adequado de suas doenças, a realização adequada das referências e contra-referências, com as informações necessárias para os especialistas. Monitoramos também o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos.

Entramos em contato com o sr. gestor de saúde do município para garantir a agilidade para a realização dos exames complementares, material adequado para exames clínicos, e observamos que o sr. esteve disposto a colaborar com as atividades propostas, mas apresentamos dificuldade para garantir o material para elaboração dos registros dos idosos como a Caderneta de Saúde dos idosos cadastrados. Por isso, pedimos seu apoio para que se resolva esse problema para que possamos implementar as atividades da intervenção na rotina da UBS, melhorando assim a saúde dos idosos a longo prazo. O projeto permitiu a união da equipe de saúde e o compromisso com a população baronense, e convidamos a você, sr. Secretário de Saúde a firmar compromisso com nossa causa, com nosso

trabalho na promoção e prevenção de doença na comunidade, não só nas pessoas idosos, mas também a todos os usuários da UBS Barão.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Devido a importância do cuidado com o idoso para melhorar o desempenho de suas atividades cotidianas independentes através do controle de doenças mais comuns, a equipe da UBS Barão escolheu como tema de intervenção a saúde das pessoas idosas. Os objetivos da intervenção foram garantir uma melhoria na qualidade da atenção aos idosos, melhorar a adesão dos idosos na UBS, qualificar registros e promover saúde. O projeto teve uma duração de 12 semanas, com a participação de todos os profissionais da equipe. Para isso, divulgamos os turnos de atendimentos preferenciais para os idosos, para que todos se sentissem à vontade de comparecer à UBS. Também cadastramos os idosos da área de cobertura da UBS, onde aproveitamos a campanha de vacinação para aumentar o número de cadastrados. Orientamos sobre o acompanhamento oferecido pela equipe de saúde e da importância de seu atendimento médica periódico e oferecemos atendimentos preferenciais para eles, sem prejudicar o atendimento e orientação do restante da população. Foram desenvolvidos exames clínico apropriados nas consultas médicas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos, realizamos a solicitação dos exames complementares periódicos nos idosos hipertensos e/ou diabéticos, priorizamos a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular.

Os resultados da intervenção mostram o cadastramento de 625 idosos, o que representou 77,2% do total da população alvo no final do período intervenção. Com relação a qualidade, a proporção de idosos com avaliação multidimensional rápida e atendimento clínico de acordo com o protocolo foi 100%, dentre outras melhorias como consulta odontológica, rastreamento para HAS e DM e visitas domiciliares a todos os idosos acamados ou com dificuldade de locomoção. Através de ações de promoção em saúde, a população adquiriu conhecimentos sobre hábitos alimentares

saudáveis, prática regular de exercícios físicos, abandono do tabagismo e saúde bucal.

A avaliação da efetividade e acesso as redes sociais dos idosos, para garantir a solução a seus problemas, também foi uma ação bem desenvolvida. Durante o período da intervenção, realizamos parcerias institucionais para realização de atividade física com na Escola Municipal, ademais da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), e Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), para em conjunto desenvolver atividades não só físicas, mas também culturais nos encontros de Idosos, como com danças típicas da cultura gaúchas, suas comidas, roupas típicas, além de apoiar estas instituições em seu trabalho. Aproveitamos as palestras desenvolvidas para orientar sobre hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável" e o "Guia alimentar para a população brasileira", prática regular de atividades física, e cuidado de saúde bucal com importante trabalho de nossos profissionais em odontologia.

Estimulamos na comunidade a promoção da socialização da pessoa idosa (trabalhos em igrejas, escolas, grupos de apoio...) e do estabelecimento de redes sociais de apoio, o funcionamento, acessibilidade, e os benefícios oferecido aos 625 idosos cadastrado na intervenção. Orientamos cuidadores, familiares e em especial aos idosos, sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis, para a realização de atividade física regular, a importância da higiene bucal e de próteses dentárias.

Com os resultados obtido na intervenção, decidimos que as ações desenvolvidas serão incorporadas à rotina do serviço, para garantir um estado de saúde adequado em nossa população, oferecer saúde de alto nível, de primeiro mundo. Além disso, prevemos fazer outros projetos de intervenção com outros temas, com objetivo de realizar melhorias também para saúde da criança, atenção nas gestantes, adolescentes, ou em qualquer tema aspecto da Saúde de nosso Município onde se poda melhor a o serviço na Atenção a Familiar.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

A especialização em Saúde da Família EAD da UNASUS/UFPEL, desenvolvida durante o período de intercâmbio acadêmico no Brasil através do Programa Mais Médicos, representou uma experiência inesquecível para mim. Este curso proporcionou minha formação como médico na Atenção Básica em Saúde brasileira, com foco na promoção e prevenção de doenças e na atenção para os mais necessitados do país, que residem nas áreas de acessos mais difícil e mais remotas, onde é preciso conhecimento e humanismo desinteressado.

Um aspecto muito importante do aprendizado durante o curso foi a prática clínica, através dos estudos dos casos clínicos, os quais permitiram nossa preparação médica e o conhecimento mais profundo dos protocolos de atendimento no Brasil. Durante o curso foi necessário o trabalho em conjunto com toda equipe de saúde para alcançar os objetivos traçados. Nossa equipe teve esta capacidade de trabalhar em conjunto, com compromisso de todos os profissionais de saúde. Quando iniciamos a intervenção, parte da formação deste curso, não imaginamos que seria tão importante para melhorar nosso trabalho como promotores de saúde, como verdadeiros guardiões da saúde do povo, fazendo uso de recursos, parceria institucional em função de uma melhor organização do trabalho.

Oferecemos uma atenção médica de uma qualidade elevada, de alto nível científico, de primeiro mundo. Pouco a pouco, com o avançar do curso foi extraído de cada um de nós o melhor: nossa melhor projeção ética, nosso melhor pensamento lógico e profissional, nosso compromisso em alcançar nossas metas e melhorar os indicadores de saúde. O curso permitiu ganhar conhecimento no trabalho informatizado, chegar a diagnóstico do problema, nas causas essenciais dos problemas de saúde em nosso município, como abordar tal problema, para

desenvolver uma solução ótima e certa. Em meu caso, a melhoria da saúde dos idosos foi buscada através da intervenção, permitindo uma coleta de dados mais precisa e necessária para reconhecer cada um de nossos usuários da área abrangência. O trabalho com a planilha de coleta de dados disponibilizada pelo curso motivou nosso interesse de adotar como rotina do registro dos dados, assim como as ações desenvolvidas durante o projeto como o acolhimento dos usuários, aconselhamento sobre hábitos nutricionais saudáveis, na prática regular de atividades física, aconselhamento sobre higiene bucal, exames médicos, exames complementares nas consultas com critérios clínico objetivos. Enfim, o que quero dizer é que o curso foi de grande importância não só para mim, mas principalmente para minha equipe e comunidade.

Referências

ANDRE C. Vascular dementia: a critical review of diagnosis and treatment. Arq. **Neuro-Psiquiatr.**, Sept. 1998, vol.56, no.3A, p.498-510.

ARAOZ, G.B.F.. Valoración funcional. In: LLERA FG; MARTIN JPM. **Síndromes profissionales cuidados en el paciente geriátrico**. Barcelona, Masson, 1994.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Mulher. **Manual do Climatério**. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção Primária: Equilíbrio entre Necessidades de Saúde, serviços e tecnologia**. 2a ed. – Brasília: UNESCO, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Lei no 8.842 de 4 de Janeiro de 1994. Política Nacional do Idoso.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Guia Prático do Cuidador**. Brasília, 2006 (No Prelo).

CARVALHAES N; ROSSE E; PASCHAL SMP; PERRACINI N, PERRACINI M; RODRIGUES RAP. **Quedas**. In: SBGG-SP. Consensos em Gerontologia. 1998.

CENSO DEMOGRÁFICO 2010. Características da população e dos domicílios: resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

CHESNUT, C.H.. A randomized trial of nasal spray salmon calcitonin in postmenopausal women with established osteoporosis: the prevent recurrence of osteoporotic fractures study. **Am J Med**,109: 267-76, 2000.

COHEN, S.. Risendronate therapy prevents corticosteroid-induced bone loss. **Arthritis & Rheumatism**, 42(11):2309-18,1999.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. Ofício./CF. SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA. Consenso Brasileiro de Osteoporose. **Rev. Bras. Reum.**, 42, 2002.

TEIXEIRA INAO. **Definição de fragilidade em idosos**: uma abordagem multiprofissional. [dissertação] Campinas (SP): Faculdade de Educação da Universidade de Campinas, 2006.

TORGERSON DJ, BELL-SYER SE. Hormone replacement therapy and prevention of vertebral fractures: a meta-analysis of randomized trials. **JAMA**, 285: 2891-7, 2000.

VAN STAA,TP; LEUFKENS, HGM; ABENHAIM, L; ZHANG, B.; COOPER, C.. Use of oral corticosteroids and risk of fractures. **J Bone Miner Res**, 15: 993-1000, 2000.

VERBRUGGE, LM; JETTE AM. The disablement process. **Journal Soc Sci Med**, 38(1):1-14, 1994.

WATT, NB. Clinical Utility of biochemical markers of bone remodeling. **Clinical Chemistry**, 45: 1359-68, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde.
Tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.

Apêndices

Apêndice A – Fotos de atividades coletivas de promoção em saúde dos idosos







Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^a 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 Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Anexo B- Planilha de coleta de dados

INDICADORES (%)				
1.1	Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde	Mês 1	Mês 2	Mês 3
	Numerador: número de idosos residentes na área de abrangência cadastrados no programa	184	411	625
	Denominador: Número total de idosos residentes na área de abrangência da unidade de saúde	810	810	810
2.1	Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia	Mês 1	Mês 2	Mês 3
	Numerador: Número de idosos com avaliação multidimensional rápida em dia	184	410	625
	Denominador: Número de idosos cadastrados no Programa	184	411	625
2.2	Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia	Mês 1	Mês 2	Mês 3
	Numerador: Número de idosos com exame clínico apropriado em dia	176	402	617
	Denominador: Número de idosos cadastrados no Programa	184	411	625
2.3	Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares	Mês 1	Mês 2	Mês 3
	Numerador: Número de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames	135	269	399
	Denominador: Número de idosos hipertensos e/ou diabéticos	139	274	404
2.4	Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada	Mês 1	Mês 2	Mês 3
	Numerador: Número de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada	132	250	380
	Denominador: Número de idosos cadastrados no Programa	184	411	625
2.4	Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada	Mês 1	Mês 2	Mês 3
	Numerador: Número de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada	132	250	380
	Denominador: Número de idosos cadastrados no Programa	184	411	625
2.5	Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados	Mês 1	Mês 2	Mês 3
	Numerador: Número de idosos acamados ou com problema de locomoção cadastrados	7	8	8
	Denominador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção residentes na área de abrangência da unidade de saúde	7	8	8
2.6	Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar	Mês 1	Mês 2	Mês 3
	Numerador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção que receberam visita	7	8	8
	Denominador: Número de idosos cadastrados no Programa acamados ou com problemas de locomoção	7	8	8
2.7	Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta	Mês 1	Mês 2	Mês 3
	Numerador: Número de idosos com a verificação da pressão arterial na última consulta	184	410	625
	Denominador: Número de idosos residentes na área de abrangência cadastrados no programa	184	411	625
2.8	Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes	Mês 1	Mês 2	Mês 3
	Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes	138	156	270
	Denominador: Número de idosos com pressão sustentada maior que 135/90mmHg ou com diagnóstico de diabetes	139	156	274
2.9	Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	Mês 1	Mês 2	Mês 3
	Numerador: Número de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	182	408	621
	Denominador: Número de idosos residentes na área de abrangência cadastrados no programa	184	411	625
2.10	Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática	Mês 1	Mês 2	Mês 3
	Numerador: Número de idosos com primeira consulta odontológica programática	102	158	158
	Denominador: Número de idosos residentes na área de abrangência cadastrados no programa	184	411	625
3.1	Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca	Mês 1	Mês 2	Mês 3
	Numerador: Número de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa	42	42	42
	Denominador: Número de idosos faltosos às consultas	42	42	42

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