

**Universidade Aberta do SUS
Universidade Federal de Pelotas
Especialização em Saúde da Família
Modalidade à distância
Turma 4**



**MELHORIA NA QUALIDADE DO ATENDIMENTO EM SAÚDE DO IDOSO
DA UNIDADE DE SAÚDE SOCIEDADE ASSISTENCIAL NOSSA SENHORADO
CARMO (SANSKA), PELOTAS-RS**

Fernando Brum Batista

Pelotas-RS

2014

Fernando Brum Batista

**Melhoria na Qualidade do Atendimento em Saúde do Idoso da Unidade de
Saúde Sociedade Assistencial Nossa Senhora do Carmo (SANSCA), Pelotas-
RS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Universidade Federal de Pelotas / UNASUS, modalidade a Distância, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família – Modalidade à Distância.

Orientador: Marcos Fábio Turra

Pelotas-RS

2014

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

B333m Batista, Fernando Brum

Melhoria na qualidade do atendimento em saúde do idoso da Unidade de Saúde Sociedade Assistencial Nossa Senhora do Carmo (SANSCA), Pelotas-RS /Fernando Brum

Batista ; Marcos Fábio Turra, orientador. — Pelotas, 2014.
106f. : il.

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

1. Saúde da família. 2. Atenção primária à saúde. 3. Saúde do idoso. 4. Assistência domiciliar. 5. Saúde Bucal.
I. Turra, Marcos Fábio, orient. II. Título.

CDD : 362.14

Elaborada por Carmen Lucia Lobo Giusti CRB: 10/813

Banca Examinadora:

Angélica Porto de Oliveira

Rogéria Amaral dos Santos

Marcos Fábio Turra

Dedico este trabalho a toda minha família, meu pai Érico Batista, minha mãe Ana Brum, meus irmãos Thaís e Daniel por me apoiarem nesta jornada e a minha avó Albertina que mesmo passando por muitas dificuldades, continua torcendo pelo meu sucesso.

Agradecimentos

Agradeço a **Deus** por todas as oportunidades de crescimento que o Senhor me concede, e pela oportunidade de ter concluído mais esta etapa.

Aos meus pais Érico e Ana, que me incentivaram no desenvolvimento deste trabalho, sempre me acompanhando nesta jornada.

À minha avó Albertina, que tem sido muitas vezes privada da minha presença nas suas horas mais difíceis, sempre com muita compreensão e carinho.

Ao meu orientador Marcos, por fazer parte deste desafio acreditando em mim e me auxiliando nesta caminhada, sobretudo pela atenção e compreensão dispensadas no momento que precisei.

À todos os colegas da UBS SANSCA, que permitiram as mudanças que realizamos, as sugestões e discussões para melhorarmos as nossas tarefas dentro da Unidade de Saúde e auxiliarmos ainda mais a comunidade.

Lista de Quadros

| | |
|----------------------------|----|
| Quadro 1- Indicadores..... | 60 |
|----------------------------|----|

Lista de Fotografias

| | |
|---|----|
| Fotografia 1-Atendimento clínico realizado pelo profissional médico junto aos usuários da UBS | 86 |
| Fotografia 2– Reunião da ESF com lideranças comunitárias locais..... | 95 |

Lista de Figuras

| | |
|--|----|
| Figura 1– Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na Unidade de Saúde..... | 71 |
| Figura 2-- Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados..... | 72 |
| Figura 3-Proporção de idosos com verificação de pressão arterial na última consulta..... | 73 |
| Figura 4- Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia. | 76 |
| Figura 5– Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia | 77 |
| Figura 6– Proporção de idosos com acesso aos medicamentos prescritos | 78 |
| Figura 7– Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa | 81 |
| Figura 8– Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia | 82 |
| Figura 9– Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na Unidade de Saúde..... | 90 |
| Figura 10– Proporção de idosos rastreados para Hipertensão arterial e diabetes | 91 |
| Figura 11– Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados..... | 92 |
| Figura 12- Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia. | 92 |

Lista de Abreviaturas e Siglas

ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas

ACS - Agente comunitário de saúde

AMR - Avaliação multidimensional rápida

APS - Atenção primária da saúde

CEO - Centro de Especialidades Odontológicas

CNES - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde

DM - Diabetes Mellitus

ESF - Estratégia de Saúde da Família

HAS - Hipertensão arterial sistêmica

HIPERDIA - Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS - Ministério da Saúde

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NIC - Neoplasia intra cervical

PAC – Pronto Atendimento Comunitário

PROVAB - Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SANSCA – Sociedade Assistencial Nossa Senhora do Carmo

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SISCOLO - Sistema de Informações do Câncer do Colo do Útero

SISPRENATAL - Sistema de Pré-Natal

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFPel - Universidade Federal de Pelotas

UNA-SUS - Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

Sumário

| | |
|--|----|
| Apresentação | 12 |
| 1.Análise Situacional | 13 |
| 1.1. Situação da Atenção Primária da Saúde(APS)/Estratégia de Saúde da Família(ESF) em meu serviço | 13 |
| 1.2.Relatório Situacional | 14 |
| 1.3. Comentário comparativo sobre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional..... | 30 |
| 2.Análise Estratégica – Projeto de Intervenção..... | 31 |
| 2.1.Justificativa..... | 31 |
| 2.2.Objetivos e Metas..... | 33 |
| 2.3.Metodologia..... | 35 |
| 2.3.1.Ações | 36 |
| 2.3.2.Indicadores..... | 60 |
| 2.3.3.Logística..... | 61 |
| 2.3.4.Cronograma | 66 |
| 3.Relatório da Intervenção | 67 |
| 4.Avaliação da Intervenção | 70 |
| 4.1.Resultados | 70 |
| 4.2.Discussão..... | 86 |
| 4.3.Relatório da Intervenção para os Gestores | 89 |
| 4.4.Relatório de Intervenção para a Comunidade | 93 |
| 5.Reflexão crítica sobre o meu processo de aprendizagem..... | 96 |
| 6.Referências Bibliográficas | 97 |
| Anexos | 98 |
| Anexo A – Ficha Espelho | 99 |

| | |
|--|-----|
| Anexo B- Planilha de Coleta de Dados | 100 |
| Anexo C- Documento do Comitê de Ética..... | 103 |
| Apêndice..... | 105 |

Resumo

BATISTA, Fernando B. **Melhoria na Qualidade do Atendimento em Saúde do Idoso na Unidade de Saúde Sociedade Assistencial Nossa Senhorado Carmo (SANSCA) no Município de Pelotas-RS**2014. 106 páginas. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Especialização em Saúde da Família – Modalidade à Distância – UNA-SUS/UFPel, Pelotas/RS

O processo de envelhecimento é um fato mundial, e, conseqüentemente no Brasil também é uma realidade. A sociedade precisa preparar-se para atender as necessidades específicas deste grupo populacional. Os serviços de saúde precisam se atualizar para poderem oferecer um atendimento digno e resolutivo aos idosos. A Unidade Básica de Saúde Sociedade Assistencial Nossa Senhora do Carmo(Sansca), no município de Pelotas-RS, não atendia os requisitos para um bom atendimento aos idosos usuários do serviço de saúde. Para reverter esta situação, realizou-se um programa de intervenção, utilizando quatro eixos norteadores – monitoramento e avaliação das ações, organização e gestão do serviço, qualificação da prática clínica e engajamento popular, com o objetivo de ampliar e qualificar a atenção ao Idoso nesta UBS, tendo como público-alvo usuários com 60 anos ou mais, totalizando 141 idosos, residentes na área da Unidade Básica de saúde. Os usuários incluídos na intervenção receberam atendimento individualizado, em grupos e visitas domiciliares da equipe multidisciplinar, receberam ainda cadastros e Cadernetas de Saúde da pessoa Idosa, além de avaliações de risco. Como resultados podemos afirmar que houve melhoria na qualidade do atendimento ao idoso, atingindo 39,8%, correspondendo a 141 de cobertura a esses usuários, com ênfase na capacitação dos profissionais, fácil acesso às medicações prescritas, e exames laboratoriais de rotina, além de cadastros em fichas-espelho para monitorização do estado geral do idoso. Algumas ações não puderam ser concluídas, dentre elas as que envolviam o serviço da odontologia. Ainda há muita coisa a ser melhorada na UBS, mas a intervenção abriu o caminho para se conseguir avançar cada vez mais na melhoria do atendimento aos idosos e para estar preparados para lidar com as necessidades deste crescente grupo populacional.

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

Apresentação

Este trabalho acadêmico teve como objetivo qualificar a atenção à saúde do idoso na Unidade Básica de Saúde Sociedade Assistencial Nossa Senhora do Carmo (SANSCA), no município de Pelotas – RS, tendo como público-alvo usuários residentes na área da Unidade com mais de 60 anos, o que contabilizou 141 idosos.

O trabalho foi dividido em capítulos que englobam:

1-Análise Situacional, texto confeccionado na terceira semana de ambientação do curso de especialização, esclarecendo o funcionamento e a situação momentânea da UBS;

2- Análise estratégica, onde foi apresentado o projeto de intervenção que seria aplicado na Unidade de Saúde, seguindo protocolos do Ministério da Saúde;

3- Relatório da Intervenção, que descreve como a intervenção ocorreu, quais as dificuldades e facilidades do processo;

4- Avaliação da intervenção, no qual citamos os resultados e os discutimos, esse capítulo contempla ainda relatórios para os gestores e a comunidade;

5- Por fim, a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem durante o curso de especialização.

1. Análise Situacional

1.1. Situação da Atenção Primária da Saúde(APS)/Estratégia de Saúde da Família(ESF) em meu serviço

A estrutura física da UBS SANSCA, onde se desenvolve os trabalhos que dão origem a este relatório, é boa, pois foi reformada recentemente. O problema é que, por vezes, há um grande número de profissionais, motivo pelo qual nas terças e quartas-feiras, em determinados horários, faltam salas de consultório médico. Entretanto, aguarda-se um pouco o atendimento de outros colegas até liberar o consultório ou atende-se em outras salas destinadas a reuniões da equipe de saúde. Há dois consultórios clínicos, um consultório pediátrico, um para nutricionista, um para dentista, cozinha, e uma sala grande para reuniões. Atualmente está em vias de implantação o ESF, pois era uma Unidade de PAC (Pronto Atendimento Comunitário). Existe a intenção de implantar um grupo de hipertensos e diabéticos. Já foram iniciadas as visitas domiciliares que, a primeira vista, demonstraram ser de grande valia aos usuários que estão impossibilitados de se deslocar até a Unidade de Saúde. Basicamente realiza-se atendimentos ambulatoriais.

Na UBS, não é costume da equipe realizar reuniões semanais para discussões e soluções de problemas. Contudo, o corpo de médicos do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), em número de dois, e a equipe, estão tentando encontrar um horário que privilegie a presença de todos para a troca de experiências e ideias para melhorias do serviço. Na UBS há ginecologista, pediatra, nutricionista, duas enfermeiras, uma técnica de enfermagem e secretários. A UBS abrange uma área considerada centro, mas é de muita pobreza e à beira de um grande rio que passa na cidade Pelotas.

A relação com a comunidade torna-se um pouco prejudicada pelo fato de pessoas oriundas de outras áreas de abrangência e outros bairros da cidade vir consultar na UBS. Isto acaba tirando a vaga das pessoas da comunidade de abrangência da UBS, pois esta demanda deveria ser absorvida pelas unidades destas outras áreas. Todavia, com a futura implantação do grupo de hipertensos e diabéticos, além da realização de visitas domiciliares, a relação com a comunidade local irá melhorar. Quanto à questão de materiais, deixa a desejar na questão de soros e curativos que sempre estão escassos, embora sempre haja a devida orientação aos usuários e o auxílio, na medida do possível, com os poucos materiais disponíveis. Há na farmácia da UBS os medicamentos básicos, como analgésicos, antibióticos, anti-inflamatórios e outros, embora alguns estejam em falta. Os medicamentos controlados e alguns outros que não são encontrados na Unidade podem ser retirados gratuitamente na farmácia da prefeitura municipal.

Todos os meses, envia-se um relatório com todos os medicamentos que estão faltando na Unidade de Saúde, bem como materiais de uso descartável como luvas e utensílios. Porém, nem sempre chega o que foi solicitado.

É preocupante a questão da segurança da Unidade, uma vez que por ser uma zona de periferia, e por estar próximo a um ponto de venda de drogas, os funcionários podem estar sujeitos a algum tipo de violência. Já houve relatos no fórum de discussões da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde da Universidade Federal de Pelotas (UNASUS-UFPel) de um colega médico de Passo Fundo – RS, vinculado ao PROVAB, que teve a Unidade invadida por ladrões e os trabalhadores da saúde feitos de reféns, sendo roubados veículos, carteiras com dinheiro e etc.

Creio este ser um panorama geral da UBS SANSCA. Espera-se que seja possível, de alguma forma, influir positivamente no local, melhorando o atendimento à população da área de abrangência, com um serviço voltado para suas necessidades.

1.2.Relatório Situacional

Pelotas está localizada às margens do Canal São Gonçalo que liga a Lagoa dos Patos e Mirim, as maiores do Brasil, no estado do Rio Grande do Sul, ocupando uma área de 1.609 km² e com cerca de 92% da população total, residindo na zona

urbana do município. A cidade está localizada a 250 quilômetros de Porto Alegre, a capital do estado. A vocação econômica do município é o agronegócio e o comércio.

Segundo a Fundação de Economia e Estatística, a Expectativa de Vida ao Nascer em 2000 era de 69,91 anos. Já a densidade demográfica em 2011 era de 204,6 hab/km². Em 2010 a taxa de analfabetismo de pessoas com 15 anos ou mais era de 4,13%, o Coeficiente de Mortalidade Infantil era de 15,07 por mil nascidos vivos, o PIB do município- era de R\$ 4.564.464 mil e o PIB per capita naquele ano era de R\$ 13.925.

A população é de 328.275 habitantes, segundo censo do IBGE de 2010, possuindo 25 UBS com Estratégia de Saúde de Família (ESF) sendo 15 urbanas e 10 rurais, além de 25 UBS tradicionais. Não há Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Existe um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

A UBS SANSCA, com uma população na sua área de abrangência, segundo SIAB, de 3.535 usuários, localiza-se no município de Pelotas, no estado do Rio Grande do Sul, onde são desenvolvidas as atividades no (PROVAB).

Cabe salientar que as fontes e dados deste relatório foram retirados de prontuários clínicos, registros específicos e Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB).

A UBS SANSCA é urbana, havendo vínculo com o CEO, os hospitais filantrópicos e universitários.

O modelo de atenção é ESF, contando com uma equipe formada por um médico, um enfermeiro, um técnico em enfermagem e quatro ACS. Há também na UBS o modelo tradicional de atendimento com um médico ginecologista, um pediatra e mais dois clínicos gerais, um dentista, um nutricionista, dois técnicos de enfermagem e assistente social que prestam atendimento à livre demanda ou agendamentos prévios.

Dentre as características estruturais observadas em relação ao Manual de Estrutura Física das UBS, no quesito ambiência, a estrutura física da UBS poderia se tornar mais acolhedora e humana tanto para os funcionários quanto para os usuários. Na recepção não há grades, e existe uma placa orientando os serviços que são prestados, o que avalio como positivo. Entretanto, não há adaptação do ambiente para cadeirantes, como banheiros com portas alargadas, ou bebedouros mais baixos, piso antiderrapante. Também não há telefone público, cadeiras de

espera em número adequado aos usuários e muito menos aparelhos de televisão para o conforto durante a espera. Um idoso ou cadeirante certamente terão dificuldades no acesso à UBS. Quanto à ventilação, a UBS possui uma boa área ventilada, proporcionando circulação do ar local, que por concentrar grande número de pessoas com patologias diversas, certamente necessita de renovação a fim de evitar a transmissão de doenças. Em referência à iluminação, também apresenta todos os cômodos bem iluminados, pisos e paredes em bom estado. A cobertura do posto também está em boas condições e de acordo com o manual, bem, como materiais de acabamento em boas condições e lisos.

Em se tratando de fluxo de pessoas e materiais, a estrutura da UBS deixa a desejar por não oferecer condições que permitam o acesso facilitado de pessoas com deficiências, além de não se conseguir restringir o acesso desnecessário de usuários ao ambiente, que em minha UBS, aguardam consulta no corredor de acesso ao consultório, ficando em torno de dez usuários neste corredor, sendo este um ambiente pequeno e com risco de propagação rápida de doenças infectocontagiosas. Nas portas as maçanetas não se encontram adequadas para deficientes físicos, mas janelas, lavatórios e pias estão de acordo com o manual Ministério da Saúde. Bancadas, armários e estantes somente não estão suspensos em sua maioria e não possuem acabamentos arredondados. Na área externa falta rampa de acesso e o terreno é sinuoso, dificultando para doentes crônicos e idosos. A sinalização de ambientes, em linguagem escrita ou braile, também é deficiente.

A estrutura da UBS tem alguns defeitos que podem ser melhorados, desde que haja interesse e vontade política do município em priorizar verbas para a adequação e melhoria da estrutura física da UBS. O Conselho Local também tem papel fundamental em cobrar das autoridades locais as melhorias. Da parte dos funcionários da UBS, exercer a governabilidade seria exercer esta cobrança e realizar o que for possível e estiver ao alcance da equipe para a adequação da estrutura local, tornando o atendimento ao usuário mais acolhedor e humano.

Em referência às atribuições desenvolvidas pelos profissionais da UBS no processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, todos os quesitos do questionário realizado são cumpridos, o que irá beneficiar os usuários e afetar positivamente o trabalho dos médicos e da equipe como um todo. Entretanto, quando é questionado quais são os profissionais que participam do processo de

territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, é surpreendente ao ler a Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 no Anexo II, que consta ser uma atribuição comum a todos os membros da equipe de saúde participar do processo. Isto não se verifica na UBS SANSCA, onde os médicos, odontólogos, técnicos de enfermagem e recepcionistas não participam desta área de atuação da equipe, cabendo tal função aos enfermeiros e ACS. Isto, sem dúvida, priva boa parte da equipe de tomar conhecimento e contato com dados importantíssimos sobre a quantidade, a condição e a localização territorial dos usuários da UBS, visto que o local de moradia influencia não só na saúde e bem estar do usuário, como na probabilidade ser maior ou menor de ele aderir a algum tratamento proposto ou de ele não conseguir tirar até mesmo uma ficha de atendimento com o recepcionista pela localização inviabilizar sua ida ao posto.

Além da UBS, os profissionais realizam o cuidado em saúde à população de abrangência apenas em domicílio, e não em escolas, associações de bairro ou outros espaços. Creio que o cuidado em saúde fora do âmbito da UBS beneficiaria os usuários, sobretudo, na questão educativa e preventiva em saúde, melhorando a qualidade de vida dos mesmos através de palestras ou encontros periódicos com a equipe de saúde.

Na UBS não são realizadas pequenas cirurgias, em função da grande demanda de atendimentos não permitir que se direcione certa quantidade de tempo para pequenas cirurgias, sendo as mesmas encaminhadas ao Pronto Socorro Municipal. Isto sobrecarrega o pronto socorro com usuários que poderiam ser atendidos a nível ambulatorial. Logo, urge que através de um acordo com a equipe, se priorize um intervalo de tempo previsto para a realização de tais procedimentos, que geralmente tem duração de no mínimo uma hora por procedimento, devendo ser necessário, ainda, todos os materiais essenciais e esterilizados adequadamente para o uso.

Na UBS são realizados atendimentos de urgência e emergência, dando-se prioridade aos usuários que necessitam de um atendimento mais rápido em função de sua condição de saúde.

Também, conforme o questionário, não são todos os profissionais que realizam busca ativa dos usuários faltosos, que conforme pode se verificar na portaria, todos poderiam realizá-la. Os profissionais da UBS também realizam

cuidado domiciliar, sendo, entretanto, uma parte destes profissionais, como médico, enfermeiro, técnico em enfermagem e o ACS. Além disso, há uma grande quantidade de atividades e procedimentos que são realizados a domicílio. Também há o encaminhamento de usuários a outros níveis do sistema respeitando os fluxos de referência e contra referência.

Chama atenção que na UBS SANSCA não se utiliza protocolos quando são encaminhados usuários a outros níveis do sistema de saúde, o que torna-se um grave erro da gestão local, a qual deveria providenciar tais protocolos a todas as UBS de maneira a qualificar a demanda de atendimentos de usuários em outros níveis.

Também não são todos os profissionais que realizam notificação compulsória de doenças e agravos.

Os profissionais da UBS em sua maioria participam de atividades de qualificação profissional, fato que considero extremamente benéfico aos usuários e aos profissionais envolvidos na UBS.

Recentemente estão em vias de implantação reuniões periódicas com a equipe, fato que demonstrou ser até agora muito produtivo na troca de ideias e formas de melhorar o serviço prestado aos usuários.

Uma das medidas que poderiam ser tomadas visando à qualificação do atendimento à população local seria o uso de uma escola que há nas proximidades da UBS para realização de palestras elucidativas sobre prevenção em saúde também seria uma ótima forma de promover saúde preventiva entre os usuários da área. A solicitação de contratação de mais ACS para cobrir todas as áreas também foi uma de nossas solicitações aos gestores locais em nossas reuniões periódicas, que demonstraram ser muito produtivas.

As próprias ACS também podem ser treinadas para trazer os usuários faltosos à UBS ou saber os motivos do não comparecimento às consultas.

Sobre a população da área adstrita, o número de habitantes é de 3.535, sendo 1669 do sexo masculino e 1866 do sexo feminino, predominando a faixa etária dos 20 a 39 anos em ambos os sexos, bem como faixas etárias superiores a estas. Há, entretanto, um valor subestimado nos dados pelo fato de haver um déficit de três ACS que seriam responsáveis por levantar dados das microáreas pertencentes à UBS. Logo, é muito provável que seriam necessárias duas equipes

de ESF à população local, mas que não são implantadas porque não há ACS para levantar os números reais de habitantes locais, e assim a prefeitura não pode abrir outra equipe de ESF por considerar o valor real subestimado de 3535.

A solução seria a contratação de pelo menos mais três ACS, além da abertura de outra equipe de ESF.

No que tange à atenção à demanda espontânea, a realidade de atendimentos na Unidade mostra um grande número de idosos e adultos que seriam os principais buscadores de atendimento na UBS, justamente pelo maior número de patologias estarem relacionadas à idade. A estimativa mostra 745 pessoas com 20 anos ou mais com hipertensão, o que não confere muito com o elevado número de atendimento de hipertensos na UBS, sobretudo por boa parte dos usuários serem fora de área e pela desatualização da população total da área. O mesmo argumento também vale para estimativa de 213 pessoas com 20 anos ou mais com diabetes, já que atendido na UBS tem um número visivelmente superior à estimativa.

Logo, o tamanho da equipe é inadequado ao tamanho da área de abrangência, que segundo estimativas da própria UBS poderia passar dos seis mil habitantes.

O acolhimento é feito basicamente pela enfermeira e técnico de enfermagem, em que há a escuta dos problemas e sua eventual triagem. Caso seja classificado como urgência, será atendido como prioridade pelos médicos. Os atendidos mediante consulta de livre demanda seguem a ordem de atendimento por chegada na UBS.

No que diz respeito à saúde da criança, a puericultura é realizada pelos técnicos em enfermagem e pelos enfermeiros. É realizada a pesagem e medida das crianças em praticamente todos os horários de expediente da UBS, de maneira a conseguir atender todas as crianças da área referente à abrangência da UBS.

Na planilha do Caderno de Ações Programáticas, o total de crianças menores de um ano e residentes na área e acompanhadas na UBS é 20. A estimativa seria de 65 crianças, o que leva a um indicador de cobertura de puericultura na área de 31%, o qual demonstra ser muito baixo. Há sim o devido registro nas próprias carteiras das crianças fornecidas pelo governo e nas fichas individuais de cada criança que ficam no posto, mas não há na UBS um banco de

dados disponível que forneça os números totais de crianças em cada quesito da planilha do Caderno de Ações Programáticas.

Estes dados são enviados à secretaria de saúde do município de Pelotas onde são condensados e arquivados, sendo alimentado mensalmente pela enfermagem com o auxílio dos agentes comunitários.

Embora o SIAB mostre um registro de 20 crianças menores que 1 ano residentes na área da UBS, este número certamente é maior pelo fato da UBS estar com um déficit de Agentes Comunitários de Saúde, que são os responsáveis por efetuar os cadastros dos moradores da área de abrangência da UBS. Em reunião com gestores locais do PROVAB e município, possivelmente teremos em pouco tempo a contratação de novos agentes comunitários, o que tornará os números do SIAB muito mais próximos da realidade local.

Olhando para o Caderno de Ações Programáticas, o indicador do número de crianças com consultas em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde é de 100%, bem como a realização do teste do pezinho em sete dias e a orientação para o aleitamento materno exclusivo e prevenção de acidentes. Já nos primeiros sete dias de vida temos 75% de cobertura em primeira consulta, seguido por 70 % de cobertura com monitoramento de crescimento e desenvolvimento na última consulta e com vacinas em dia.

Examinando o questionário preenchido, os aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção à Saúde da Criança em minha UBS seriam a diminuição no número de puericulturas realizadas em crianças fora da área de abrangência da UBS, que seriam em torno de 10% de todas as puericulturas realizadas, demonstrando que a UBS absorve uma grande quantidade de crianças que teoricamente deveria pertencer à área de abrangência de outra UBS. Estes 10% de puericulturas deveriam ser realizadas pelas UBS de suas respectivas localidades, o que acaba contribuindo para o aumento da demanda em minha UBS, e conseqüentemente, para o aumento esforço despendido pelos profissionais de enfermagem e técnicos de enfermagem. Esforço este que poderia se direcionado para atividades referentes aos usuários locais da área de abrangência da UBS.

O fato de não haver um registro geral do total de atendimentos em puericultura nos quesitos apresentados pelo Caderno de Ações Programáticas

certamente daria aos profissionais da UBS um bom parâmetro sobre os diversos indicadores que poderiam ser observados no Caderno de Ações Programáticas, fato que certamente necessitará ser discutido e proposto na UBS para ser implantado o devido registro.

Por outro lado, a atenção ao pré-natal bem feita sem sombra de dúvidas é um importante meio de diminuir a mortalidade materna e infantil.

Conforme dados do SIAB do município de Pelotas – RS, existem 06 gestantes cadastradas no último mês de maio de 2013 que são residentes na área e acompanhadas na UBS. Por outro lado, o número estimado de gestantes residentes na área é de 53, gerando assim uma cobertura de pré-natal na área da UBS de apenas 11%.

Os atendimentos de pré-natal são realizados pela médica ginecologista que atende na UBS, mediante agendamento das consultas. Boa parte das gestantes, conforme comentários obtidos de profissionais da UBS, realizam o pré-natal em outros serviços através de planos de saúde pagos, por preferência pessoal.

Das gestantes cadastradas, todas estão com consultas em dia de acordo com o calendário do Ministério da Saúde. A princípio, 05 gestantes tiveram o pré-natal iniciado no primeiro trimestre. Todas as 06 gestantes cadastradas tiveram solicitação de exames de laboratório na primeira consulta. Quatro delas realizaram vacina antitetânica conforme protocolo e quatro realizaram vacina da hepatite B. Das gestantes com prescrição de sulfato ferroso conforme protocolo são 03, totalizando um indicador de 50% ou metade. 100% das gestantes tiveram um exame ginecológico por trimestre. Interessante que nenhuma delas teve avaliação de saúde bucal, mas todas tiveram orientação para aleitamento exclusivo.

Levando em consideração o bloco Q do questionário, um ponto positivo da UBS é que o pré-natal é realizado diariamente, todos os dias da semana, embora um ponto negativo que considero é o fato de gestantes fora da área de cobertura da UBS também realizarem atendimentos no posto, sendo estas em torno de 10%. O pré-natal conforme já foi dito, é basicamente realizado pela ginecologista, embora o enfermeiro da equipe auxilie quando necessário. Há também oferta de atendimentos para gestantes com problemas agudos, todos realizados pela ginecologista. Chama a atenção o fato de não existir na UBS um protocolo de atendimento pré-natal e para encaminhamento de gestantes a outro nível do sistema de saúde. O cartão de pré-

natal também é preenchido durante a consulta, sendo fornecidas dicas de alimentação saudável. Nem sempre é recomendada a avaliação em saúde bucal da gestante, o que considero ser algo muito importante, já que complicações decorrentes de cáries ou gengivites podem afetar o intercurso da gravidez. Importante salientar que é conversado sempre com a gestante sobre aleitamento materno, o que considero muito positivo pelos benefícios do aleitamento à criança e à mãe.

Conversas sobre o risco do tabagismo, álcool e drogas são também realizadas na UBS com as gestantes e são de suma importância para o bom desenvolvimento do pré-natal, já que nas periferias da cidade de Pelotas é comum o uso de crack durante a gestação, bem como cigarro e bebidas alcoólicas, com consequências gravíssimas ao feto.

Interessante também o fato percebido no questionário de não serem realizadas reuniões periódicas com as gestantes, que poderiam ter fins educativos, melhorando os índices de pré-natal.

A fim de melhorar os índices avaliados durante o questionário, seria possível tentar trazer as gestantes que estão realizando ou não o pré-natal em outros serviços através da ação dos Agentes Comunitários de Saúde que poderiam averiguar os reais motivos da não ida das gestantes ao pré-natal. É importante também, realizar em dia conforme os protocolos do Ministério da Saúde as vacinações das gestantes, sobretudo com o trabalho conjunto aos Agentes Comunitários de Saúde para incentivar as gestantes a virem ao posto. Da mesma forma, solicitar junto à Secretaria de Saúde do município um protocolo para encaminhamento das gestantes a serviços de maior complexidade. Realizar reuniões periódicas em grupos com as gestantes para fins educativos, melhorando assim os índices para um bom andamento do pré-natal. Incentivar a avaliação em saúde bucal das gestantes, algo muito importante também para o bom seguimento do pré-natal, evitando possíveis intercorrências danosas à gestante e à criança.

Em relação à prevenção do câncer de colo uterino, os profissionais da UBS orientam as mulheres da área de cobertura da UBS para o uso de preservativo nas relações sexuais. No entanto, não são realizadas ações que orientem sobre os malefícios do tabagismo, algo que seria de grande valia para a prevenção de doenças futuras relacionadas ao cigarro.

São realizadas ações de educação da mulher para que realize periodicamente a coleta de citopatológico de colo uterino, fato de grande importância para a prevenção de futuras patologias relacionadas. Tal exame é realizado todos os dias da semana, o que acaba contribuindo para um melhor alcance no número de mulheres examinadas, embora não em todos os turnos.

Há um total de mais ou menos 10% de mulheres fora de área da UBS que realizam coleta de citopatológico de colo uterino na UBS, o que considero ser algo equivocado, pois acaba tirando o foco da população da área de abrangência da UBS. Uma médica ginecologista e enfermeiros são os profissionais que realizam a coleta do citopatológico de colo uterino, embora em minha UBS tal exame seja coletado principalmente pelo médico ginecologista. A maioria dos profissionais aproveita o contato com as mulheres para verificar a necessidade de realizar prevenção de câncer de colo uterino.

O rastreamento para o câncer de colo de útero é oportunístico e organizado, seguindo o protocolo do Ministério da Saúde.

Chama a atenção o fato da UBS não realizar atividades com grupos de mulheres, algo que poderia ser proveitoso para a educação e prevenção de patologias relacionadas à saúde da mulher.

Também não há profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação do programa de prevenção do câncer de colo uterino, nem mesmo à avaliação e monitoramento, fato que poderia ser alterado para dar mais qualidade no atendimento à população de mulheres da área da UBS.

Em relação ao controle do câncer de mama, em minha UBS são realizadas ações para o controle do peso corporal das mulheres da área de cobertura, mas não são realizadas ações de estímulo à prática regular da atividade física e nem mesmo ações que orientem sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool, o que poderia proporcionar, se realizadas, melhor qualidade de vida e prevenção de doenças relacionadas ao sedentarismo e alcoolismo às mulheres.

Além disso, na UBS são realizadas ações de educação da mulher para o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama, bem como ações de rastreamento do câncer de mama todos os dias da semana e em alguns turnos, fato que amplia o número de mulheres com acesso à UBS e que melhora a detecção precoce e a sobrevivência da população feminina.

Existem mulheres fora da área de cobertura da UBS que realizam rastreamento do câncer de mama na sua UBS, perfazendo um total de em torno de 10%.

Boa parte dos profissionais aproveita seu contato com as usuárias para verificar a necessidade de realizar as ações de rastreamento do câncer de mama na UBS, sendo o rastreamento do câncer de mama oportunístico e organizado, seguindo o protocolo do Ministério da Saúde.

Na UBS não existem profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação, nem mesmo à avaliação e monitoramento das ações de controle do câncer de mama, fato que poderia agregar qualidade ao atendimento às mulheres.

Olhando o Caderno das Ações Programáticas, a cobertura de Prevenção do Câncer Ginecológico encontrada é de 45%, o que considero baixo por abranger menos da metade do número estimado de mulheres entre 25 e 64 anos da área de abrangência.

Dos poucos indicadores da qualidade da Prevenção do Câncer de Colo de Útero avaliados, há orientação sobre DSTs e prevenção de câncer de colo de útero em 100% das mulheres que realizam a prevenção na UBS.

Por outro lado, 90% dos exames são coletados com amostra satisfatória e com células representativas da junção escamo-colunar (uma região referente ao colo do útero). Além disso, aproximadamente metade das mulheres que realizam prevenção de colo de útero na UBS estão com o exame em dia e com mais de 6 meses de atraso, possivelmente em função do tempo que leva para o exame laboratorial ser efetivado e retornar à UBS. Há um baixo índice de 7% para avaliação de risco para Ca de colo.

Portanto, há aspectos do processo de trabalho poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade do Controle do Câncer do Colo do Útero na UBS. A cobertura da prevenção do exame de colo de útero pode ser aumentada através da ação dos agentes comunitários de saúde agindo na população local e estimulando a ida à UBS, melhorando inclusive os índices das mulheres que não estão com os exames em dia, dando seguimento ao tratamento de mulheres com exames alterados.

O baixo índice de avaliação de risco de CA de colo pode ser melhorado através da implementação de um questionário com história pessoal e familiar pregressa, a ser respondido pela mulher antes da consulta.

Em relação ao Controle do Câncer da Mama, conforme o Caderno da Ação Programática, a cobertura encontrada é de 50%, fato que pode ser considerado baixo pela estimativa do número de mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área.

Os poucos indicadores da qualidade do Controle do Câncer de Mama avaliados mostram um baixo número de mulheres com avaliação de risco para CA de mama, em torno de 14%. Mulheres com mamografia em atraso de 3 meses em torno de 41%, o que mostra um valor elevado, prejudicando o bom andamento da detecção precoce da doença. Em torno de 48% estão com as mamografias em dia, valor que demonstra ser baixo e que também prejudica a detecção precoce da patologia. Já a orientação para a prevenção do CA de mama está em 100% das mulheres que realizam exame na UBS.

Em relação à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), a estimativa do número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área da UBS não parece adequada à realidade da UBS, pois mostra um número de 745 hipertensos, sendo que a área de abrangência da UBS certamente possui um número muito maior. O grande problema que estamos enfrentando atualmente é a falta de que estão em vias de contratação, totalizando um déficit de em torno de três agentes, ou seja, são por volta de três microáreas da UBS sem cobertura e, assim, sem levantamento de dados.

Olhando o Caderno das Ações Programáticas, a cobertura do programa de atenção ao hipertenso na área foi de 56%, o que considero ser muito baixa, haja vista ser praticamente a metade dos hipertensos da área sem a devida cobertura.

Olhando o Caderno das Ações Programáticas, os poucos indicadores da qualidade da atenção à HAS avaliados mostram que a realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico está em 5%, taxa considerada baixa, pois uma boa estratificação do risco cardiovascular por critério clínico poderia agregar melhor conhecimento a respeito da população hipertensa da área. A avaliação da saúde bucal em dia por volta de 0%, taxa que também deve ser admitida como baixa e poderia ser melhorada e também hipertensos com exames complementares

periódicos em dia com 74%, fato que também poderia ser elevado a um patamar maior.

Já os hipertensos com orientação para a prática de atividade física regular e com orientação nutricional para alimentação saudável estão em 100%, em especial pela orientação clínica do corpo médico, de enfermagem e, sobretudo, pela presença da profissional de nutrição na UBS.

Existem aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção à HAS na UBS, dentre eles, iniciar um trabalho de realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico dos hipertensos da área da UBS, o que poderia melhorar o que se sabe a respeito da população hipertensa da área. Concomitantemente, iniciar um programa de avaliação de saúde bucal dos hipertensos junto ao profissional de odontologia, bem como o agendamento prévio dos hipertensos para que tragam os exames periódicos nas consultas, e se possível diminuir os atendimentos de usuários fora da área de cobertura da UBS, privilegiando os idosos locais.

Em relação à Diabetes Mellitus (DM), a estimativa do número de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área não parece adequada a minha realidade, pois mostra um número de 213 diabéticos, fato que considero distorcido pela UBS estar com apenas três ACS, que acaba deixando o SIAB sem dados referentes às micro áreas da UBS que estão sem agentes. Isto subestima o número de diabéticos na área, pois a população é também maior.

Olhando o Caderno das Ações Programáticas, a cobertura de DM encontrada mostra um valor de 55%, taxa avaliada como muito baixa.

Olhando o Caderno das Ações Programáticas, os poucos indicadores da qualidade da atenção à DM avaliados mostram que nenhum dos usuários diabéticos tinham avaliação da saúde bucal em dia, possivelmente pelo atendimento odontológico da UBS já ter parte de seus usuários pré-agendados por outros motivos. Há também diabéticos com realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico e com medida de sensibilidade nos pés e palpação do pulso tibial posterior e pedioso nos últimos 3 meses em torno de 9%, taxa que também deve ser considerada como baixa e pode ser melhorada. Sem contar os usuários portadores de diabetes com exame físico dos pés nos últimos 3 meses com

32%, taxa que também reconhecida como baixa. Os diabéticos com exames complementares periódicos em dia por volta de 60%, taxa mediana e que também precisa ser melhorada. Há usuários diabéticos com atraso da consulta agendada em mais de 7 dias por volta de 68%, fato que parece ser um pouco elevada, sendo considerado um ponto negativo e também com orientação sobre a prática de atividade física regular e orientação nutricional em torno de 100%, fato explicado novamente pela ação conjunta do corpo de enfermagem, nutrição e medicina, considerado muito positivo.

Há aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção à DM na UBS, dentre os quais a atuação em parceria com o profissional de odontologia para agendamento de avaliação dentária dos usuários diabéticos. É conveniente o início de um programa de realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico dos diabéticos da UBS, bem como o incentivo do registro dos exames físicos dos pés com palpação de pulsos e testes de sensibilidade entre os profissionais médicos e quem sabe de enfermagem. A melhoria na questão do agendamento dos usuários com diabetes, possivelmente através do estímulo do uso do telefone ou ida à UBS para desmarcar ou reagendar para mais adiante a consulta se não possível comparecer no dia e o seguimento com as orientações de práticas desportivas e de alimentação saudável, sobretudo na realização de grupos periódicos na UBS, certamente colaborarão para melhorar os índices positivamente.

Com relação aos idosos, a estimativa do Caderno de Ações Programáticas do número de idosos residentes na área da UBS aponta como estimativa um número de 389, e de acordo com dados levantados o número chega a 575, muito maior que o proposto pela estimativa, perfazendo um total de cobertura do Programa de Saúde do Idoso na área de 148%. Não foi possível identificar os motivos do número de idosos residentes na área ser maior que a estimativa.

Olhando o Caderno das Ações Programáticas, os poucos indicadores da qualidade da atenção à Saúde do Idoso, avaliados, mostram idosos com caderneta de saúde da pessoa idosa que são acompanhados na UBS com uma cobertura por volta de 8%. Possivelmente tal cobertura encontra-se baixa em função de no momento as carteiras de saúde da pessoa idosa estarem sendo distribuídas, sendo

este um processo lento que depende da ida dos idosos à UBS para consultar e assim adquirir sua caderneta.

Os idosos com realização de avaliação multidimensional rápida com um indicador de 3%, possivelmente em função de tal avaliação não ser devidamente valorizada no contato com a população idosa da UBS.

Além disso, há idosos com acompanhamento em dia com indicador em torno de 44%, possivelmente porque muitos idosos acabam não retornando à consulta por variados motivos ou porque determinados exames solicitados acabam demorando a serem realizados. Também há idosos com acompanhamento em mais de três meses em atraso por volta de 27%, taxa que pode ser considerada relativamente alta, assim como idosos com hipertensão por volta de 41% e diabetes mellitus por volta de 9%, taxas que poderiam estar melhores. Há idosos com avaliação de risco para morbimortalidade, em torno de 44%, taxa que pode ser considerada baixa, visto que menos da metade dos idosos em questão possuem tal avaliação que seria útil no levantamento de informações sobre a população idosa local, melhorando prognósticos. Além do mais, idosos com investigação de indicadores de fragilização na velhice com dados de indicadores em 3%, taxa que também pode ser considerada baixa e que poderia ser melhorada no sentido de trazer mais informações sobre esta população idosa. Existem também, idosos com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis em torno de 44% nos indicadores, uma taxa considerada regular, sobretudo por haver profissional de nutrição no posto, fato que poderia aumentar esta taxa.

Idosos com orientação para atividade física regular em torno de 44%, taxa que também pode ser aferida como regular, por abranger menos da metade do número de idosos que frequentam a UBS. Não obstante, os idosos com avaliação de saúde bucal em dia, por volta de 45% nos indicadores, taxa da mesma forma que a anterior considerada regular e que poderia estar maior, trazendo mais qualidade de vida aos idosos.

Vários aspectos do processo de trabalho poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção aos idosos em minha UBS, dentre eles uma melhor distribuição da caderneta de saúde da pessoa idosa durante as próprias consultas médicas poderia melhorar os índices de idosos que portam a carteira, bem como na mesma consulta realizar a avaliação de

risco para morbimortalidade dos diabéticos e idosos com investigação de indicadores de fragilização na velhice. Da mesma forma, a realização de avaliação multidimensional rápida na própria consulta médica também melhoraria estes índices.

O melhoramento dos índices de Idosos com acompanhamento em dia poderia ser feito através de uma ação conjunta de consultas pré-agendadas e averiguação por parte das agentes de saúde dos motivos do não comparecimento à consulta. Idosos com hipertensão e diabetes mellitus poderiam ser chamados à UBS através de grupos de diabéticos e hipertensos esporádicos e abertos à comunidade, sendo uma forma de atraí-los para as consultas, além de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, orientação para atividade física regular e estímulo à avaliação de saúde bucal.

Em relação ao atendimento em saúde bucal realizado na UBS SANSCA, é preciso salientar que o atendimento é realizado por livre demanda e agendamentos, e não integrado ao ESF. O dentista atende apenas em alguns turnos, não sendo turno integral de atendimento. Podem-se delinear algumas limitações, a partir da análise dos dados obtidos, das quais se deve mencionar a capacidade limitada para prática clínica, devido à ausência de atendimento em turno integral. Além do mais, a falta de profissional Técnico em Higiene Dental e ou Auxiliar de Consultório Dentário torna os atendimentos mais demorados, uma vez que é o próprio dentista quem precisa arrumar todo o material e instrumentação a ser utilizada em cada idoso. No que diz respeito à capacidade instalada para ações coletivas, não há espaço na UBS reservado para tal finalidade, como escovódromo, material educativo, e outros, de tal maneira que as ações programáticas coletivas geralmente ocorrem nas instalações escolares.

Da análise do Caderno de Saúde Bucal, em relação à proporção de usuários atendidos em primeira consulta programática de saúde bucal, de acordo com o grupo, há um predomínio de 8% pré-escolares de 0-4 anos, seguido por 4% de escolares de 5-14 anos, seguidos por idosos acima de 60 anos com 4%, o que configura baixos índices. A proporção de usuários com tratamento inicial completado mostra idosos predominando com 67%, também predominando no grupo com atendimento odontológico não programado com 33%. A proporção de usuários com orientação em higiene bucal e alimentação saudável em ações coletivas mostra

100% em pré-escolares e escolares. A média de procedimentos clínicos por habitante/mês na UBS ficou em 0.14, muito abaixo do parâmetro mínimo recomendado pelo MS que é de 0.4, e muitíssimo aquém do parâmetro máximo que é de 1.6. Isto se explica pela pouca quantidade de turnos de atendimento odontológico disponíveis na UBS, que deveriam ser em turno integral para suprir as carências da população da UBS. Além disso, a falta de auxiliares de consultório ao dentista que, se fossem contratados pela gestão local, poderia auxiliar na diminuição do tempo entre uma consulta e outra, atendendo-se assim mais usuários num mesmo turno.

Os maiores desafios que a UBS apresenta são o melhoramento dos índices nas diversas áreas de abrangência da UBS, tanto no que diz respeito à saúde da criança, ao pré-natal, à prevenção do câncer de colo de útero e de mama, à atenção aos hipertensos e diabéticos, à saúde do idoso e à saúde bucal.

Do outro lado, os melhores recursos que a UBS apresenta é o contingente de profissionais especializados como pediatra, nutricionista, ginecologista, e dentista que embora não façam parte da equipe de ESF, certamente podem contribuir no melhoramento destes índices.

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

O texto escrito, como tarefa, na segunda semana de ambientação, em resposta à pergunta: "Qual a situação da ESF/APS em seu serviço?" mostra uma visão mais superficial do funcionamento da UBS, em que havia a transição para o ESF e algumas questões que estavam sendo implementadas, como as reuniões semanais da equipe que, apesar de alguns desentendimentos entre os profissionais durante as reuniões ao longo do tempo, se mostraram muito produtivas e transformadoras no modo de atendimento à população. Este relatório certamente aprofunda o entendimento do funcionamento da UBS, melhorando a compreensão de como se processa toda uma gama de trabalho direcionado à população local, e certamente colaborará para a implantação de medidas que melhorem ainda mais este trabalho.

2. Análise Estratégica – Projeto de Intervenção

2.1. Justificativa

O envelhecimento da população é sem sombra de dúvidas um dos maiores desafios dos diversos sistemas de saúde espalhados por todos os países do mundo, tanto países desenvolvidos quanto em desenvolvimento. Segundo o Caderno de Atenção Básica nº 19 do MS, nos países desenvolvidos “o envelhecimento ocorreu associado às melhorias nas condições gerais de vida”, mas nos países em desenvolvimento, “... esse processo acontece de forma rápida, sem tempo para uma reorganização social e da área de saúde adequada para atender às novas demandas emergentes”. Percebe-se, pois, a urgência com que precisa ser abordado o tema da Saúde do Idoso no Brasil, o qual será o norteador do Projeto de Intervenção a ser adotado na UBS SANSCA em Pelotas, Rio Grande do Sul.

O número total de idosos com 60 anos ou mais residentes na área de abrangência da UBS e acompanhados na mesma é 354. A adesão da população alvo, atualmente atendida na UBS pode ser considerada baixa, levando em consideração o número total de 354 usuários e o número de idosos com acompanhamento em dia que não chega à atingir 10% desse público-alvo. Além disso, a qualidade da atenção à saúde da população idosa está abaixo do preconizado como ideal, pois vários indicadores poderiam ser melhorados. Dentre as ações de promoção em saúde que já são desenvolvidas na UBS antes mesmo da intervenção destacam-se as campanhas de vacinação de idosos na UBS realizadas periodicamente ao longo do ano e a aferição de glicemia e pressão arterial em todos os idosos hipertensos e diabéticos em qualquer horário do expediente da UBS, sempre com orientação pela enfermeira da UBS.

O grau de implementação da ação programática certamente dará seguimento a algumas ações que já são desenvolvidas, onde se destaca o agendamento, ainda que para idosos com mais necessidades e dificuldades de deslocamento e espera na UBS, bem como as visitas domiciliares semanais a idosos acamados ou que por ventura não possam se deslocar até a UBS. A ação programática também implementará novas ações na UBS que serão detalhadas mais adiante durante o transcorrer do projeto de intervenção.

Pretende-se envolver a equipe desde a capacitação ao Projeto de Intervenção, mostrando-se a importância e a diferença que fará o trabalho de cada participante, na vida dos usuários da UBS, melhorando indicadores, dando mais qualidade de vida à população. Como já citado anteriormente, os idosos já possuíam certa preferência no atendimento, com aferição de glicemia, pressão arterial, agendamento diferenciado para os idosos com mais dificuldades de saúde e visitas domiciliares esporádicas aos idosos acamados.

As principais dificuldades e limitações encontram-se justamente no reduzido número de Agentes Comunitários de Saúde, que pelas estimativas locais são necessários para cobrir outras três micro áreas de abrangência da UBS. Logo, uma grande parcela da população idosa vinculada à UBS está descoberta da importante ação dos ACS. Soma-se a isso o fato do dentista da UBS ter um expediente de apenas dezesseis horas semanais destinados à Unidade de Saúde, por atender em outras unidades a pedido da secretaria de saúde local. Logo, este fator certamente inviabilizará boa parte das ações referentes à saúde bucal, já que a demanda reprimida de usuários com problemas odontológicos é muito grande, sobrando pouco tempo ao dentista para ser dedicado ao projeto de intervenção.

A intervenção em Saúde do Idoso é de grande importância à UBS SANSCA, pois muitos indicadores com idosos com diabetes, hipertensos, com consultas em atraso dentre outros indicadores, poderão ser melhorados.

Dentre os aspectos que viabilizam a intervenção, um dos mais significativos é a presença de ACS que já demonstraram muito interesse na explicação prévia sobre capacitação para o projeto, bem como o interesse demonstrado pela equipe como um todo, inclusive da secretaria de saúde local sempre disponível a esclarecer dúvidas e providenciar os materiais necessários à implantação do projeto. Através do cronograma das atividades, associado às metas estabelecidas, em

parceriasobretudo com os ACS, que serão uma peça chave do projeto, certamente será possível melhorar os índices atuais apresentados. Este seria o fator determinante para alcançar as metas da intervenção, a vontade da equipe atuar mesmo antes do início da implementação do projeto.

Dentre os aspectos que podem ser melhorados, incluem-se a melhora nos seguintes indicadores: idosos com avaliação em saúde bucal em dia, com orientação para atividade física regular, com orientação nutricional para hábitos de vida saudáveis, com investigação de indicadores para fragilização na velhice, com avaliação de risco para morbimortalidade, e dentre tantos outros indicadores, que certamente obterão melhora significativa.

2.2.Objetivos e Metas

Objetivo Geral

Melhorar a qualidade da atenção à saúde do Idoso na área adscrita da UBSSANSCA, no município de Pelotas-RS

Objetivos Específicos

1. Ampliar a cobertura de acompanhamento de idosos
2. Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Atenção à Saúde do Idoso
3. Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde
4. Melhorar registros das informações
5. Mapear os idosos de risco da área de abrangência
6. Promover a saúde

Metas

Relativas ao objetivo 1:

1.1. Ampliar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na Unidade de saúde para 75%.

1.2. Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

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

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

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

1.6. Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para 100% dos idosos (com elaboração de plano de tratamento)

1.7. Fazer visita domiciliar odontológica de 100% dos idosos acamados ou com dificuldade de locomoção

Relativas ao objetivo 2:

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

Relativas ao objetivo 3:

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

3.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 03 meses para diabéticos.

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

3.4. Avaliar acesso aos medicamentos prescritos em 100% dos idosos (considerar os idosos sem prescrição medicamentosa como com acesso a medicamentos)

3.5. Concluir o tratamento odontológico em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática

3.6. Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% dos idosos cadastrados.

3.7. Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica

Relativas ao objetivo 4:

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

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

Relativas ao objetivo5:

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

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

5.3. Avaliar a rede social de 100% dos idosos

5.4. Realizar avaliação de risco em saúde bucal em 100% dos idosos.

Relativas ao objetivo 6:

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

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

6.3. Garantir orientações individuais sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados com primeira consulta odontológica programática.

6.4. Garantir ações coletivas de educação em saúde bucal para 100% dos idosos cadastrados.

2.3. Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na UBS SANSCA. Participarão da pesquisa todos os idosos pertencentes à área de abrangência e cadastradas no programa de idosos da Unidade. O Protocolo adotado é o Caderno de Atenção Básica nº 19 do Ministério da Saúde, Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006).

2.3.1. Ações

Detalhamento

Relativo ao Objetivo 1: Ampliar a cobertura de acompanhamento de idosos

Meta 1.1: Ampliar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na Unidade de Saúde para 75%.

Dentro da meta de ampliar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na Unidade de Saúde para 75%, no eixo de MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO, a ação será monitorar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na Unidade de Saúde periodicamente (pelo menos mensalmente). Isto será feito através de preenchimento de dados em planilha própria, pela equipe de enfermagem nas visitas periódicas de idosos para retirada de medicamentos e aferição de glicemia e pressão arterial. Também será realizada pelos médicos da UBS durante as consultas médicas, bem como pelo cadastro dos ACS.

Já no eixo de ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO, a ação será o acolhimento humanizado dos idosos, pela equipe de enfermagem responsável, com escuta humanizada de seus problemas e posterior encaminhamento para atendimento de urgência ou agendamento diferenciado para outro dia. Além disso, se terá como ação cadastrar a maior parte dos idosos da área de cobertura da Unidade de Saúde possivelmente em formulário próprio a ser criado e discutido com a enfermagem e ACS da UBS, os quais ficarão responsáveis por este cadastro. Outra ação será atualizar as informações do SIAB, que já é realizado pelos ACS e reunidos pela enfermeira a fim dos dados serem enviados mensalmente à Secretaria Municipal de Saúde.

Em se tratando do eixo ENGAJAMENTO PÚBLICO, a ação de esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na Unidade de Saúde, bem como a ação de informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde caberá sobretudo aos próprios funcionários da UBS quando estes idosos procurarem o serviço e aos ACS. O ideal na área de abrangência da UBS seriam pelo menos seis agentes. A confecção de cartazes próprios e informativos afixados na UBS também contribuirá para o esclarecimento dos serviços a serem prestados aos usuários.

Em referência ao eixo de QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA, as ações de capacitar a equipe no acolhimento aos idosos, capacitar os ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço e capacitar a equipe da Unidade de Saúde para a Política Nacional de Humanização caberão ao médico que está implantando a ação e ao enfermeiro da UBS, através da busca de informações no site do UNASUS, em livros e manuais do Ministério da Saúde para tal.

Meta1.2: Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Dentro da meta de cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção, no eixo de MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO, a ação de monitorar o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados pode ser realizada através da adoção de formulário próprio para isso, sendo preenchida por qualquer membro da equipe que realize as visitas domiciliares, a fim de manter um controle periódico destes usuários.

Eixo de ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO, está a ação de garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa, que será realizado pela equipe de técnicos de enfermagem e enfermeiro, em caderno de registro próprio. Tal ação já é desenvolvida pela equipe da UBS.

Eixo de ENGAJAMENTO PÚBLICO, tem-se a ação de informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da Unidade de Saúde, devendo tal ação ser executada pelos ACS durante as visitas domiciliares mediante explicação, bem como no acolhimento e nas consultas médicas. A confecção de cartazes na UBS também será de utilidade na informação da comunidade.

Eixo de QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA, a ação de capacitar os ACS para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência será realizada pelo médico mediante instrução em um turno semanal após o horário da reunião da equipe de saúde.

Meta 1.3: Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

No que tange a meta de realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção, no eixo de MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO existe a ação de monitorar a realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção. Tal ação já é realizada pela enfermeira na UBS mediante agendamento prévio através de familiares que vem até à UBS solicitar a visita ou através da solicitação diretamente aos ACS que posteriormente repassam à enfermagem. O monitoramento pode ser feito com a inclusão do usuários com necessidades de visitas domiciliares na ficha espelho e monitorados pela ficha espelho.

No eixo de ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO, a ação de organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção também já é efetuada na UBS pela enfermagem através do registro em agenda, com um turno semanal definido para a visita.

Já no eixo de ENGAJAMENTO PÚBLICO, há as ações de orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar e sobre a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados ou com problemas de locomoção. Ambas as ações podem ser efetuadas através de cartazes na UBS, durante o acolhimento dos idosos, na própria consulta médica e principalmente com os ACS a orientar nas visitas domiciliares periódicas aos usuários.

Em referência ao eixo de QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA, há as ações de orientar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção e orientar os ACS para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar. Estas ações serão realizadas em um turno destinado à reunião da equipe de saúde, pelo médico da equipe, onde haverá a devida orientação sobre o cadastro e identificação na ficha espelho dos idosos que necessitam visitas domiciliares.

Meta 1.4: Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Por outro lado, em relação à meta de rastrear 100% dos idosos para HAS, o eixo de MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO terá como ação o monitoramento do número de idosos submetidos a rastreamento para HAS, periodicamente (pelo menos anualmente), a ser realizado por médicos, enfermeiros e técnicos em enfermagem com base no registro da ficha espelho.

Dentro do eixo de ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO, a ação de melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS e garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na Unidade de Saúde já é realizado de certo modo na UBS, onde todos são acolhidos, sendo aferida a PAS em todos que solicitarem, mesmo não estando agendada a consulta, com posterior registro na caderneta do hipertenso ou do idoso, embora o material disponível não seja de boa qualidade.

No eixo de ENGAJAMENTO PÚBLICO, as ações de orientar a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade e orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS podem ser realizados durante a vinda dos idosos à UBS, sendo realizada pela própria equipe e pelo médico durante as consultas, bem como pelos ACS durante as visitas às casas dos usuários.

Dentro do eixo de QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA, a ação de capacitar a equipe da Unidade de Saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito, pode ser efetuada pelo médico durante uma das reuniões semanais da equipe de saúde da UBS.

Meta 1.5: Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM).

Em referência à meta de rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM), dentro do eixo de MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO, a ação de monitorar o número de idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM, periodicamente (pelo menos anualmente), pode ser efetuada pelos médicos, enfermeiros e técnicos em enfermagem mediante cadastro dos usuários específicos em ficha espelho.

Dentro do eixo ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO, a ação de melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM já é uma realidade na UBS, pois todo o idoso que vem até a UBS, independente do horário, consegue realizar o hemoglicoteste, embora nem sempre haja a garantia de material adequado para sua realização na Unidade de Saúde, já que algumas vezes não há fitas de testes disponíveis por problemas de gestão

municipal, uma vez que os pedidos da UBS são realizados sempre nos devidos prazos.

No eixo de ENGAJAMENTO PÚBLICO, as ações de 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 HAS, além de orientar à comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM podem ser efetuadas pelos médicos durante as consultas, enfermeiros e técnicos em enfermagem quando os usuários forem à UBS para consultar. A ação dos ACSs também é fundamental neste esclarecimento da população, durante as visitas domiciliares periódicas.

No eixo de QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA, a ação de capacitar a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em idosos com HAS sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica pode ser efetivada pelo médico e enfermeiro durante uma das reuniões de equipe de saúde semanais.

Meta 1.6: Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para 100% dos idosos (com elaboração de plano de tratamento).

Em referência à meta de ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para 100% dos idosos (com elaboração de plano de tratamento), tal meta infelizmente não pode passar deste patamar pelo fato do dentista da UBS não fazer parte da equipe de ESF, além de permanecer apenas alguns turnos da semana disponível na UBS, para atendimento de usuários pré-agendados e eventualmente alguma urgência. Certamente um profissional da odontologia, que estivesse disponível em tempo integral na UBS, faria uma grande diferença nas metas e ações em saúde bucal do idoso.

O eixo de MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO, tem como ação monitorar número de idosos cadastrados na Unidade em acompanhamento odontológico no período. Isto poderá ser realizado pelo médico em parceria com o dentista da UBS, em ficha espelho.

Já no eixo de ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO, há as ações de organizar o acolhimento a idosos na Unidade de Saúde, que pode ser realizado pelo

médico juntamente com a recepção, enfermeiro e técnicos em enfermagem durante todos os dias de atendimento da UBS, em todos os turnos de expediente.

Há também a ação de monitorar a utilização de serviço odontológico por idosos da área de abrangência, através da ficha espelho.

Já a ação de organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos caberá à equipe da recepção, de maneira a reservar horários nos turnos de atendimento da semana para o agendamento de idosos para fins de consulta odontológica, mediante registro prévio em agenda.

Na ação de oferecer atendimento prioritário aos idosos, pode-se permitir a marcação de consultas odontológicas em horários pré-fixados para evitar a espera do idoso, mediante agendamento a ser realizado pela recepção. Entretanto, vale frisar que os turnos semanais de presença do dentista na UBS são poucos, prejudicando o alcance das metas preconizadas.

O eixo de ENGAJAMENTO PÚBLICO, mostra como ação 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, através de cartazes na UBS, explicação durante o acolhimento do idoso na UBS e sobretudo com os ACS durante as visitas às residências dos usuários, embora como já dito, tais facilidades encontrem uma barreira no curto período de tempo semanal disponível de profissional odontólogo.

Também há como ação o ato de esclarecer a comunidade sobre a necessidade da realização de exames, também, através de cartazes na UBS, explicação durante o acolhimento do idoso na UBS e sobretudo com os ACS durante as visitas às residências dos usuários.

Na ação de ouvir a comunidade sobre estratégias para captação de idosos para acompanhamento odontológico a comunidade terá acesso à Unidade para sugerir mudanças, bastando apenas falar com a coordenadora da Unidade ou com qualquer profissional da UBS, que levará o que foi dito para a coordenação. Também a população pode ser convidada a participar de reuniões com a equipe, que explicará o andamento da Unidade, as dificuldades que se encontram para promover melhorias e deixar aberto para que a comunidade sugira ações que podem ser efetuados pelo restante da equipe de saúde como enfermeiros, técnicos em enfermagem e até mesmo os ACSs durante suas visitas à comunidade.

No Eixo de QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA, há como ações capacitar a equipe para realizar acolhimento do idoso de acordo com protocolo do MS; capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico; capacitar os ACS para captação de idosos e capacitar os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para idosos. Estas capacitações serão realizadas em parceria com o médico e o dentista da Unidade, em uma das reuniões semanais da equipe, com apresentação de slides explicativos em computador para a equipe de saúde.

Meta 1.7: Fazer visita domiciliar odontológica de 100% dos idosos acamados ou com dificuldade de locomoção

No que diz respeito à meta de fazer visita domiciliar odontológica de 100% dos idosos acamados ou com dificuldade de locomoção, tal meta não pode ser superior em função do pouco tempo disponível de dentista na UBS, impossibilitado as visitas.

No eixo de MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO, existe a ação de monitorar a cobertura de atendimento odontológico de idosos em cuidados domiciliar na área de abrangência da UBS, o que pode ser realizado pela enfermagem mensalmente, mediante acompanhamento de fichas espelho.

Já no eixo de ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO, há a ação de organizar as visitas domiciliares para monitoramento das condições de saúde bucal e atendimento clínico odontológico. Isto pode ser realizado pela enfermagem, mediante preenchimento de ficha espelho.

Também existe a ação de organizar a agenda para viabilizar procedimentos clínicos odontológicos domiciliares o que também pode ser efetuado pela enfermagem. Já na ação de garantir a disponibilidade de equipamentos e materiais para viabilizar procedimentos clínicos odontológicos domiciliares, poderá se dialogar com a gestão de saúde local para tal ação, de maneira a disponibilizar os equipamentos necessários.

Em relação ao eixo de ENGAJAMENTO PÚBLICO, há como ação ouvir a comunidade sobre estratégias para melhorar acessibilidade e atendimento, que pode ser efetivado com a aquisição de uma caixa, papel e caneta, onde os usuários

possam deixar sugestões na recepção da UBS. Através do esclarecimento das ACS à população durante as visitas domiciliares e na própria consulta médica. Esclarecer idosos, familiares e cuidadores sobre a importância da saúde bucal em idosos em cuidados domiciliares, o que pode ser efetuado pela equipe de saúde durante as visitas domiciliares, bem como pelas ACS durante as visitas às residências dos usuários.

Relativo ao objetivo 2 – Melhorar adesão dos idosos ao programa de Atenção à Saúde do Idoso.

Meta2.1: Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

No que se refere ao objetivo de melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Atenção à Saúde do Idoso, na meta de buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas, no eixo de MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO, a ação de monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela UBS pode ser efetuada quando o idoso faltar na consulta, o qual terá seu prontuário separado e repassado para a coordenadora da Unidade que anotarà na ficha espelho do idoso que faltou à consulta, bem como anotarà o nome do idoso em uma relação. No final de uma semana, através da relação de idosos que faltaram à consulta, se entrará em contato para fazer a busca ativa através das ACS ou por telefone e reagendar uma nova consulta.

No eixo de ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO, a ação de organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos pode ser efetivada quando o idoso que faltar na consulta puder ter seu prontuário separado e repassado para a coordenadora da Unidade que anotarà na ficha espelho do idoso que faltou à consulta, e também anotarà o nome do idoso em uma relação, que ao final de uma semana, através da relação de idosos que faltaram à consulta, se entrará em contato para fazer a busca ativa e reagendar uma nova consulta. No mesmo eixo, a ação de organizar a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares podem ser efetuadas pela equipe de enfermagem, através da organização dos horários que fiquem mais cômodos aos idosos para que possam vir às consultas pré-agendadas.

No eixo de ENGAJAMENTO PÚBLICO, as ações de informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas, ouvir a comunidade sobre

estratégias para não ocorrer evasão dos idosos (se houver número excessivo de faltosos) e esclarecer os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas também podem ser efetuadas pela equipe de saúde como um todo, como enfermeiro, médico, técnico em enfermagem e ACSs, sendo estes últimos durante as visitas periódicas.

No eixo de QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA, as ações de treinar os ACSs para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade e definir com a equipe a periodicidade das consultas pode ser efetivado também através de capacitação da equipe pelo médico durante uma das reuniões semanais da equipe de saúde.

Relativo ao objetivo 3 – Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde.

Meta 3.1: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

No objetivo de melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde, a meta de realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do MS, no eixo de MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO, há como ação o ato de monitorar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anual em todos idosos acompanhados pela Unidade de Saúde. Isto pode ser realizado pelo médico, com monitoramento em ficha espelho.

No eixo de ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO, a ação de garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropômetro, Tabela de Snellen) pode ser efetuado pela chefia da UBS junto à gestão municipal de saúde.

Já a ação de definir as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos podem ser efetuadas pela equipe da UBS durante uma das reuniões semanais da equipe de saúde.

No eixo de ENGAJAMENTO PÚBLICO, a ação de orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável, bem como a ação de compartilhar com os usuários as

condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social podem tranquilamente serem efetuadas pela equipe de saúde como enfermeiro, técnico em enfermagem, médico e sobretudo os ACSs, os quais tem papel fundamental de levar estas informações aos usuários durante as visitas periódicas a domicílio.

No eixo de QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA, as ações de capacitar os profissionais para o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pela UBS, além de treinar a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida e treinar a equipe para o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas, podem ser efetuadas pelo médico e enfermeiro para a equipe durante uma das reuniões semanais na UBS.

Meta 3.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 03 meses para diabéticos.

Dentro da meta de realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 03 meses para diabéticos, o eixo de MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO, tem como ação monitorar a realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde, sendo este realizado pelo corpo médico da UBS e registrado em ficha espelho.

No eixo de ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO, as ações de definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos será efetuada através da medição de glicemia com aparelho de hemoglicoteste e aferição da PAS tanto pelo enfermeiro quanto pelo técnico de enfermagem, em consulta pré-agendada ou atendimento de urgência dos idosos que vierem até a UBS. No que tange a ação de garantir busca a idosos que não realizaram exame clínico apropriado, a busca de idosos será monitorada pela ficha espelho e nas visitas domiciliares de usuários que ainda não foram cadastrados, sendo esses, que não passaram por exame clínico, serão agendados em uma consulta posterior e monitorados de sua presença na consulta.

No mesmo eixo, a ação de organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares será posta em prática na reserva de

vagas para agendar os usuários provindos da busca de idosos sem atendimento clínico, que terão prioridade no agendamento.

Na ação de garantir a referência e contra referência de idosos com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades, será entrado em contato com o gestor municipal com a finalidade de pedir que haja atenção especial aos idosos referenciados, e controlar para ver se os referenciados estão conseguindo vagas para atendimento.

No eixo de ENGAJAMENTO PÚBLICO, a ação de orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente podem ser efetuadas durante as consultas e pela própria equipe de saúde quando os usuários vêm à UBS. As ACSs também podem ter este importante papel informativo durante as visitas periódicas aos usuários.

Já no eixo de QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA, as ações de capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado e capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas pode ser efetivada pelos médicos para a equipe de saúde durante as reuniões semanais na UBS.

Meta 3.3: Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Na meta de realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos, o eixo de MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO mostra como ações os atos de monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na Unidade de Saúde e monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada, ambas as ações sendo realizadas pelos médicos da equipe através da avaliação criteriosa da ficha espelho.

No eixo de ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO, a ação de garantir a solicitação dos exames complementares, será realizada pelo médico da equipe, priorizando os exames mínimos de acordo com o protocolo do MS para hipertensos

e diabéticos. A ação de garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo será exercida pelo médico, tendo como base o tempo de retorno dos idosos às consultas pré-agendadas, conforme registro na folha espelho. Na ação de estabelecer sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados podem ficar a critério dos médicos e da enfermeira chefe da UBS, através da verificação da ficha espelho após a consulta com posterior passagem dos dados referentes a exames não realizados para uma lista, que será encaminhada aos ACS para a chamada do usuário à consulta para averiguar o motivo da não realização do exame e, assim, tomar as providências cabíveis.

No eixo de ENGAJAMENTO PÚBLICO, as ações de orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade e periodicidade de realização de exames complementares, podem ser realizadas na própria UBS com toda a equipe de saúde durante a acolhida aos usuários e sobretudo com as ACS, através de planilhas de instrução e de fácil compreensão aos usuários, a ser utilizadas pelas ACSs durante as visitas periódicas a domicílio.

No eixo de QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA, a ação de capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares pode ser efetivado pelo médico durante uma das reuniões semanais, mediante palestra instrutiva.

Meta 3.4: Avaliar o acesso aos medicamentos prescritos em 100% dos idosos (considerar os idosos sem prescrição medicamentosa como com acesso a medicamentos)

Em referência à meta de avaliar o acesso aos medicamentos prescritos em 100% dos idosos (considerar os idosos sem prescrição medicamentosa como com acesso a medicamentos), inserido no eixo de MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO, a ação de monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia já é de certa forma efetuado na UBS, através de um cadastro em planilhas adequadas e controle dos hipertensos, pela enfermagem. Mas na intervenção também será utilizada a ficha espelho como registro complementar de monitoramento.

No eixo de ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO, as ações de realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos e manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde também já é efetuado pela enfermeira chefe da UBS, mandando mensalmente à gestão municipal uma lista com as principais carências de medicamentos na área de hipertensão e diabetes. Geralmente este tipo de medicamento é sempre repostado pelo município na UBS.

Já no eixo de ENGAJAMENTO PÚBLICO, a ação de orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso pode ser efetuado na própria UBS através de cartazes explicativos em áreas de grande circulação da UBS, nos grupos, nas consultas e visitas domiciliares pelos ACSs, bem como em palestras à população local.

No eixo de QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA, as ações de realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes e capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia pode ficar a critério dos médicos da UBS, sendo a atualização profissional dos médicos por meio do curso de especialização em Saúde da Família através do UNASUS/UFPel repassada em forma de conhecimento geral aos funcionários da UBS como técnicos em enfermagem, ACSs e enfermeiros, durante uma das reuniões semanais na UBS, de modo a orientar os idosos da melhor forma possível.

Meta 3.5: Concluir o tratamento odontológico em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática.

No que se refere à meta de concluir o tratamento odontológico em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática, esta infelizmente não pode ser maior em função, como já dito anteriormente, de não haver na UBS dentista em tempo integral, ou seja, em turno de 40 horas semanais.

No eixo de MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO, a ação de monitorar a proporção dos idosos que acessam o serviço odontológico que tem o tratamento

odontológico concluído e avaliar a proporção de atendimentos necessários para atender a demanda de idosos que acessam o serviço odontológico pode ser feita em parceria entre o médico da UBS e o dentista durante seu turno de trabalho, mediante registro em ficha espelho.

No eixo ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO, a ação de organizar a agenda para garantir as consultas necessárias para conclusão do tratamento, será estudado juntamente com o dentista para deixar, se possível, alguns turnos para atendimento de idosos a fim de concluir o tratamento.

Também no mesmo eixo, há a ação de garantir com o gestor o fornecimento do material necessário para o atendimento odontológico e o oferecimento de serviços diagnósticos e de referência para reestabelecimento da saúde bucal, ação esta que já é efetuada na UBS pelo dentista e enfermeira chefe da UBS. O dentista repassará semanalmente as necessidades de materiais que não foram supridas pelo pedido de material ao coordenador para que este solicite junto ao gestor o fornecimento destes materiais e explicando a importância de se repor os materiais, e também a importância de se garantir referência nos casos necessários.

No eixo de ENGAJAMENTO PÚBLICO, a ação de esclarecer a comunidade sobre a importância de concluir o tratamento odontológico pode ficar a critério da equipe de saúde através de cartazes, palestras, orientações nas próprias consultas, nos grupos e visitas domiciliares.

No eixo de QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA, as ações de treinar a equipe para diagnosticar e tratar as principais alterações bucais em idosos, como: alterações de mucosa; edentulismo; doenças periodontais; hipossalivação; cárie de raiz; capacitar os profissionais para o manejo dos idosos; capacitar a equipe de saúde à monitorar a adesão dos idosos ao tratamento odontológico pode ser efetivada entre médicos e dentista da UBS durante uma das reuniões de equipe.

Meta 3.6: Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% dos idosos cadastrados.

Na meta de avaliar alterações de mucosa bucal em 100% dos idosos cadastrados, dentro do eixo de MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO, as ações de monitorar a prevalência de alterações de mucosa bucal no grupo de idosos, bem como identificar as alterações de mucosa bucal mais prevalentes nos idosos e

estimar a demanda para consultas no serviço de referência de diagnóstico bucal pode ser efetivada pela equipe de saúde como um todo em parceria com o dentista, mediante registro em planilha adequada, solicitando ao dentista que registre estes casos.

Já no eixo de ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO, as ações de organizar ações conjuntas em campanhas de vacinação para captar idosos da área não avaliados e disponibilizar material informativo relativo ao autoexame da boca podem ser realizado por toda a equipe da UBS, sobretudo pelas ACS durante as visitas domiciliares.

No eixo de ENGAJAMENTO PÚBLICO, as ações de esclarecer a população sobre fatores de risco e a importância do autoexame da boca e sobre a importância do exame de mucosa pelo profissional de saúde (cirurgião-dentista) durante a consulta também podem ser efetivadas pela equipe como um todo em palestras, nos grupos, nas consultas, nas visitas domiciliares, através dos ACS junto à população e em cartazes de confecção própria pela UBS.

No eixo de QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA, as ações de capacitar a equipe de saúde para identificar alterações de mucosa pode ser efetivados em parceria com o profissional dentista e médicos durante as reuniões da equipe de saúde com pequenas palestras e distribuição de material de confecção própria à equipe de saúde da UBS. Por outro lado, capacitar a equipe de saúde bucal para selecionar os casos com necessidade de encaminhamento para serviços de referência e para tratar os casos de menor complexidade/alta prevalência talvez não seja possível, pois não há na UBS uma equipe de saúde bucal específica, já que o profissional odontólogo trabalha sozinho, sem auxiliar. Entretanto, não é empecilho para que o dentista possa contribuir com seu conhecimento técnico e auxiliar na capacitação da equipe de saúde para fins de prevenção na área de saúde bucal.

Meta 3.7: Avaliar a necessidade de prótese dentária em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica.

Em relação à meta de avaliar a necessidade de prótese dentária em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica, tal meta não é possível de alcançar justamente pelo exposto no texto anterior, referente à baixa carga horária disponível de profissional dentista na UBS.

No eixo de MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO, as ações de monitorar o número de idosos com necessidade de prótese, avaliar a necessidade de substituição de próteses e os tipos de próteses necessárias até pode ser efetivado em parceria com o dentista, embora uma carga horária maior de presença na UBS do profissional dentista fosse benéfico para abranger um maior número de idosos. Também será proposto monitorar através dos registros na ficha espelho após avaliação pelo dentista ou até por uma avaliação mais superficial feito pelo médico e enfermeiro após uma capacitação juntamente ao dentista, numa instrução rápida em um turno da semana, em que seja possível obter informações básicas sobre uma avaliação sucinta.

No eixo de ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO, as ações de demandar ao Gestor atendimento da demanda de encaminhamento de próteses. Deve-se solicitar junto ao gestor o encaminhamento dos idosos com necessidades de prótese ao setor responsável pela confecção da prótese dentária.

No eixo de ENGAJAMENTO PÚBLICO, as ações de esclarecer a população sobre o uso e manutenção de próteses dentárias e sensibilizar a população sobre a necessidade e o critério de hierarquização dos atendimentos em função da oferta do serviço pode ser efetuado pela equipe de saúde mediante capacitação da equipe, em parceria com o dentista da UBS, durante uma das reuniões semanais da equipe.

No eixo de QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA, as ações de capacitar a equipe para orientar idosos sobre a importância do uso das próteses dentárias pode ser feita mediante pequenas palestras em associação com o dentista da UBS durante as reuniões semanais da equipe. Capacitar a equipe de saúde bucal para encaminhamento de idosos com necessidade de prótese dental ao setor responsável, será feito pelo médico em conjunto com o dentista.

Relativo ao objetivo 4 – Melhorar os registros das informações.

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

Inserido no objetivo de melhorar registros das informações, no que diz respeito à meta de manter registro específico de 100% das pessoas idosas, no eixo de MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO, há como ação monitorar a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde, ação esta que pode ser realizada por toda a equipe de saúde, incluindo os médicos, que podem realizar a

ação ao longo dos atendimentos clínicos onde pode ser observado se são preenchidas adequadamente.

No eixo de ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO, a ação de implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos pode ser efetivada pelo médico, enfermeiro e técnicos em enfermagem, mediante registro em ficha espelho contendo dados dos idosos, a serem anexadas nas pastas dos mesmos. A ação de pactuar com a equipe o registro das informações pode ser colocada em prática pelo médico, mediante reunião com toda a equipe em um dos turnos dedicados à reunião da equipe, onde deverá de explicar os locais onde cada registro deve ser feito. Já na ação de definir o responsável pelo monitoramento dos registros, tal ação pode ser desempenhada pelo enfermeiro chefe e o médico. Há, também, a ação de organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização da Avaliação Multidimensional Rápida e dos demais procedimentos preconizados. Esta ação será realizada através da ficha espelho sempre atualizada, com um sistema de alerta baseado nas anotações de nomes após a consulta em uma lista dos idosos com as devidas alterações citadas acima.

No eixo de ENGAJAMENTO PÚBLICO, a ação de orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário pode ser efetuado pela equipe de saúde também durante a realização de palestras locais, nos grupos, em cartazes pela UBS e nas visitas domiciliares.

Já no eixo de QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA, a ação de treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos pode ser efetuada durante uma das reuniões semanais da equipe, pelo médico e enfermeiro.

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

Referindo-se à meta de distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados, no eixo de MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO, tem-se a ação de monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa que

pode ser efetuado pelo médico e equipe de saúde como um todo. A monitoração desta ação se dará através do registro na ficha espelho quando o idoso receber a caderneta.

No eixo de ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO, a ação de solicitar ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa já está em efetivação na UBS, sendo a mesma já distribuída antes da implementação do projeto aqui definido.

No eixo de ENGAJAMENTO PÚBLICO, a ação de orientar os idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção necessita ser efetuada por todos os membros da equipe de saúde, assunto a ser abordado nas reuniões semanais na UBS.

No eixo de QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA, a ação de capacitar a equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa também pode ser efetuada durante uma das reuniões semanais da equipe pelo médico e enfermeiro.

Relativo ao objetivo 5 – Mapear os idosos da área de abrangência.

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

Em relação ao objetivo de mapear os idosos de risco da área de abrangência, na meta de rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade, no eixo de MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO, tem-se a ação de monitorar o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência, o que pode ser realizado pela enfermeira e ACS, em que se deverá utilizar a ficha espelho e avaliá-la quinzenalmente.

No eixo de ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO, há a ação de priorizar o atendimento a idosos de maior risco de morbimortalidade, o que pode ser acordado com a chefia da UBS, mediante agendamento prévio.

No eixo de ENGAJAMENTO PÚBLICO, tem-se a ação de orientar os idosos sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco, o que pode ser realizado pela equipe como um todo como enfermeira, ACS e Médico, diariamente em todos os turnos de trabalho, nas consultas, no acolhimento e nas visitas domiciliares.

No eixo de QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA, há a ação de capacitar os profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa, o que pode ser efetivado pelo médico em uma das reuniões semanais da equipe mediante palestra de instrutiva.

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

Conforme a meta de investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas, no eixo de MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO, tem-se a ação de monitorar o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice, ação que pode ser realizada pela enfermagem e médico, através de avaliação mensal de ficha espelho.

No eixo de ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO, há a ação de priorizar o atendimento de fragilizados na velhice, fato que já ocorre na UBS mediante agendamento prévio.

No eixo de ENGAJAMENTO PÚBLICO, existe a ação de orientar os idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente, fato que pode ser efetuado durante o acolhimento na UBS, nas consultas médicas, nas visitas domiciliares dos ACS, além de cartazes na UBS.

Já no eixo de QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA, há a ação de capacitar os profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice, a ser realizado pelo médico em uma das reuniões semanais da UBS, mediante palestra instrutiva.

Dentro da meta de avaliar a rede social de 100% dos idosos, no eixo de MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO, há as ações de monitorar a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS e monitorar todos os idosos com rede social deficiente, o que pode ser realizado pela enfermeira e médico.

No eixo de ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO, consta a ação de facilitar o agendamento e a visita domiciliar a idosos com rede social deficiente, o que já é realizado na UBS.

No eixo de ENGAJAMENTO PÚBLICO, salientam-se as ações de orientar os idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de

Saúde, bem como 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, ações estas que podem ser realizadas por toda a equipe de saúde.

No eixo de QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA, coloca-se como ação o ato de capacitar a equipe para avaliar a rede social dos idosos, o que pode ser efetuado pelo médico durante uma das reuniões semanais da equipe.

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

Para o eixo de MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO, a ação de monitorar a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS, será realizado avaliando a ficha espelho em que se manterá atualizado os registros sobre a avaliação da rede social. Os idosos que forem identificados com rede social deficiente serão marcados com um sinal de alerta na ficha espelho, para que se tenha um acompanhamento especial.

No eixo de ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO, para a ação de facilitar o agendamento e a visita domiciliar a idosos com rede social deficiente, daremos prioridade para estes usuários, deixando alguns horários reservados na agenda para quantos usuários forem identificados. Visitas domiciliares também já serão programadas para estes idosos.

Para o eixo de ENGAJAMENTO PÚBLICO, temos a ação de orientar os idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na UBS, que será executada por todos os profissionais que serão capacitados a repassarem as informações a quem perguntar ou àqueles que forem identificados como pertencentes ao grupo prioritário ou tiverem familiares neste contexto. Também será estimulada na comunidade a promoção da socialização da pessoa idosa, em trabalhos extramuros como escolas, locais de aglomeração de pessoas como mercados, praças, etc. Isso ficará a cargo principalmente ACS, e será promovido o estabelecimento de redes sociais de apoio, que será executado pelos profissionais da UBS para lidar com as situações de rede social fragilizada.

No eixo de QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA, a equipe será capacitada para avaliar a rede social dos idosos, que será realizada pela equipe de enfermagem, com apoio do médico, em que se explicará como avaliar uma rede

social, além de mostrar o enfrentamento dos casos identificados e discutir sobre os casos que estejam identificados.

Meta 5.4: Realizar avaliação de risco em saúde bucal em 100% dos idosos

No interior da meta de realizar avaliação de risco em saúde bucal em 100% dos idosos, têm-se vários eixos, dentre eles o de MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO, o qual contém a ação de monitorar periodicamente os idosos de alto risco identificados na área de abrangência, o que pode ser realizado pela enfermagem mediante registro em planilha adequada.

Tem-se também o eixo de ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO, cuja ação consta de priorizar o atendimento de idosos de alto risco (ex.: higiene bucal deficiente, dieta rica em açúcares, tabagismo, doenças imunodepressíveis, condições sistêmicas como diabetes e hipertensão), em que se pode verificar na ficha espelho as comorbidades do usuário e assim, agendá-lo como prioridade na consulta odontológica.

Já no eixo de ENGAJAMENTO PÚBLICO, percebe-se a ação de orientar a comunidade, famílias com idosos e idosos sobre os fatores de risco para saúde bucal e suas consequências, o que pode ser realizado durante as consultas médicas, durante o acolhimento na UBS e sobretudo durante as visitas domiciliares dos ACSs.

Finalizando no eixo de QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA, há a ação de capacitar os profissionais para identificação de fatores de risco para saúde bucal, o que pode ser realizado pelo médico e dentista mediante palestra em uma das reuniões semanais da equipe.

Relativo ao objetivo 6 – Promover saúde.

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

Inserido no objetivo de promover a saúde, há a meta de garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas, na qual está contida o eixo de MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO, que mostra as ações de monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos e monitorar o número de idosos com obesidade/ desnutrição, o

que pode ser realizado na UBS pela enfermagem, médicos e durante as visitas domiciliares pelos ACS. Este monitoramento deve ser efetivado pela equipe através a avaliação mensal das fichas espelho, de forma a captar os idosos com obesidade/desnutrição e orientá-los nutricionalmente. Na UBS inclusive há uma nutricionista que pode auxiliar muito no aspecto de orientação nutricional, em que já são pré-agendados pelo médico os usuários que necessitem de uma orientação nutricional efetiva.

No eixo de ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO, há a ação de definir o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, o que pode ser realizado pelos médicos durante as consultas, pela enfermagem e técnicos em enfermagem no acolhimento e sobretudo pelos ACSs na realização das visitas à domicílio.

Já no eixo de ENGAJAMENTO PÚBLICO, há a ação de orientar os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis, o que pode ser conseguido mediante palestras em grupos, durante as consultas médicas e pela enfermagem no acolhimento da UBS.

Por fim, no eixo de QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA, existem ações como 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", além de capacitar a equipe para a orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos. Como a UBS dispõe de nutricionista, que embora atue em horário reduzido na UBS, certamente haverá uma boa parceria nesta capacitação, beneficiando a equipe e a comunidade.

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

A meta de garantir orientação para a prática de atividade física regular a 100% idosos, mostra como um dos eixos o de MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO, em que se vê a ação de monitorar a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos e monitorar o número de idosos que realizam atividade física regular, mediante registro em planilha adequada a esta necessidade e

arguição do idoso durante a consulta médica. Este monitoramento pode ser realizado pelo médico e enfermeira.

No eixo de ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO, percebem-se ações com definir o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular e demandar do gestor municipal parcerias institucionais para a identificação de realização de atividade física. O papel do médico seria exercido na orientação durante as consultas, em parceria com os ACS, técnicos em enfermagem e enfermagem durante as visitas a domicílio.

No eixo de ENGAJAMENTO PÚBLICO, salienta-se a ação de orientar os idosos e a comunidade para a realização de atividade física regular, que pode ser realizada nos grupos, nas consultas médicas, em palestras à comunidade pelo médico e pelas ACS nas diversas visitas domiciliares dos idosos.

No eixo de QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA, há como ação capacitar a equipe para orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular, o que pode ser realizado pelo médico em uma das reuniões semanais da equipe.

Meta 6.3: Garantir orientações individuais sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados com primeira consulta odontológica programática.

A meta de garantir orientações individuais sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados com primeira consulta odontológica programática, mostra como eixo MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO, contendo a ação de monitorar as atividades educativas individuais, que pode ser realizada por toda a equipe, mediante preenchimento de ficha espelho, sobretudo médico e enfermeiros.

Já no eixo de ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO, há como ação o ato de organizar o tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual, o que já é realizado na UBS com todos os idosos independente da idade.

No eixo de ENGAJAMENTO PÚBLICO, há como ação orientar os idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias, o que pode ser realizado pelo médico durante as consultas, pela enfermagem no acolhimento do idoso e, sobretudo, pelas ACS nas visitas à casa dos usuários.

No eixo de QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA, vê-se a ação de capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias, o que pode ser efetuado pelo médico em parceria com o dentista da UBS em uma das reuniões semanais da equipe mediante palestra.

Meta 6.4: Garantir ações coletivas de educação em saúde bucal para 100% dos idosos cadastrados.

Referindo-se finalmente à meta de garantir ações coletivas de educação em saúde bucal para 100% dos idosos cadastrados, percebe-se no eixo de MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO, a ação de monitorar as atividades coletivas de educação em saúde bucal para idosos cadastrados, que pode ser efetuada pela enfermeira e médico mediante preenchimento em planilha adequada a esta atividade.

No eixo de ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO, observam-se as ações de organizar temas de interesse para os idosos cadastrados no programa de saúde bucal e elaborar e programar uma sequência de palestras para divulgação, que pode ser realizada na própria UBS ou em outro recinto próximo a UBS, pelo médico e enfermeiro.

No eixo de ENGAJAMENTO PÚBLICO, há as ações de informar a população sobre a importância da participação nas atividades educativas e identificar junto à população temas de interesse a serem abordados nas palestras, ações a serem efetuadas pelo médico nas consultas, pela enfermagem durante o acolhimento na UBS e pelos ACSs nas visitas à residência dos idosos.

No eixo de QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA, há a ação de capacitar a equipe para elaborar e realizar ações coletivas de educação em saúde bucal e identificar temas favoráveis para desenvolvimento de orientações multiprofissionais, o que pode ser realizado pelo médico em parceria com o dentista através de palestra educativa à equipe em uma das reuniões semanais.

Para a realização da grande maioria das ações citadas neste trabalho, basta empenho, boa vontade e capacitação da equipe como um todo, revertendo tais ações em benefícios tangíveis à população usuária da UBS.

2.3.2. Indicadores

| Indicador | Numerador | Denominador |
|--|--|--|
| 1.Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na Unidade de Saúde | Número de idosos cadastrados no programa | Número de idosos pertencentes a área de abrangência da Unidade de Saúde |
| 2.Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados | Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa | Número de idosos acamados ou com problema de locomoção pertencentes à área de abrangência da Unidade de Saúde |
| 3.Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar | Número de idosos acamados ou com problema de locomoção que receberam visita domiciliar | Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da Unidade de Saúde |
| 4.Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta | Número de idosos com medida da pressão arterial na última consulta | Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da Unidade de Saúde |
| 5.Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes | Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus | Número de idosos com pressão sustentada maior que 135/80mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica |
| 6.Proporção de idosos com a primeira consulta odontológica programática | Número de idosos com primeira consulta odontológica programática | Número de idosos residentes na área de abrangência cadastrados no programa |
| 7.Proporção de idosos acamados ou com dificuldade de locomoção que receberam visita domiciliar odontológica | Número de idosos da área de abrangência acamados ou com dificuldade de locomoção que receberam VD odontológica | Número total de idosos da área de abrangência acamados ou com dificuldade de locomoção cadastrados na Unidade de Saúde |
| 8.Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa | Número de idosos faltosos às consultas programadas e buscados pela Unidade de Saúde | Número de idosos faltosos às consultas programadas |
| 9.Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia | Número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida | Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da Unidade de Saúde |
| 10.Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia | Número de idosos com exame clínico apropriado | Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da Unidade de Saúde |

| | | |
|---|--|---|
| 11. Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia | Número de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos | Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da Unidade de Saúde |
| 12. Proporção de idosos com acesso aos medicamentos prescritos | Número de idosos com acesso aos medicamentos prescritos | Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da Unidade de Saúde |
| 13. Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia | Número de ficha espelho com registro adequado | Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da Unidade de Saúde |
| 14. Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa | Número de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa | Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da Unidade de Saúde |
| 15. Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia | Número de idosos rastreados quanto ao risco de morbimortalidade | Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da Unidade de Saúde |
| 16. Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia | Número de idosos investigados quanto à presença de indicadores de fragilização na velhice | Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da Unidade de Saúde |
| 17. Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia | Número de idosos com avaliação de rede social | Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da Unidade de Saúde |
| 18. Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis | Número de idosos com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis | Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da Unidade de Saúde |
| 19. Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular | Número de idosos com orientação para prática de atividade física regular | Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da Unidade de Saúde |
| 20. Proporção de idosos com participação em ações coletivas de educação em saúde bucal | Número de idosos com participação em ações coletivas de educação em saúde bucal | Número de idosos cadastrados no programa |

Quadro 1- Indicadores

2.3.3. Logística

Os manuais a serem adotados na intervenção em Saúde do Idoso na UBS SANSCA serão o de “Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento”, de 2010, do Ministério da Saúde, e também o “Caderno de Atenção Básica N° 19 – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa” de 2006, do Ministério da Saúde.

Será feito contato com a gestão local a fim de providenciar a impressão das fichas espelho a serem adotadas, que já se encontram em fase de criação. As fichas disponíveis na UBS não preveem os dados de alguns indicadores, e por isso serão

criadas outras fichas e acrescentados dados nas que a UBS já dispunha. Quem irá elaborar estas fichas será o médico em parceria com o enfermeiro da UBS. A estimativa de alcance da intervenção é diversificada nas diferentes metas a serem alcançadas, onde se propôs vários indicadores a serem alcançados conforme a disponibilidade de materiais e profissionais, bem como a viabilidade apresentada pela UBS. Até mesmo para o acompanhamento mensal será utilizada uma planilha definida pelo médico e enfermeiro.

Para viabilizar a ação de capacitar a equipe para a utilização do protocolo serão realizadas duas reuniões, no final do turno semanal dedicado às reuniões de equipe, nas quartas-feiras à tarde, que ficarão a cargo do médico da equipe. As capacitações serão semanais. Terão duração prevista de duas horas cada. Serão realizadas na sala de reunião da UBS. Participarão da reunião os enfermeiros, ACS, técnicos em enfermagem, funcionários da recepção e médico. Para a capacitação será necessário um computador já disponível na UBS onde se apresentará slides explicativos para as diversas ações, 10 folhas com instruções e em torno de 10 canetas que serão solicitados à gestão municipal. As demais capacitações serão também realizadas pelo médico da equipe, com os materiais referidos nos horários e local acima citados.

Para a capacitação dos ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço, será feito um levantamento dos idosos através dos dados disponíveis no SIAB e na UBS pela enfermagem, sendo posteriormente passada esta informação às ACS para efetivar as buscas.

A Capacitação da equipe da Unidade de saúde para a Política Nacional de Humanização será através de instrução em slides de computador.

A capacitação dos ACS para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência, mediante cadastro em lista com posterior agendamento pela enfermagem por ordem de necessidade de visita. Deve-se salientar, que a visita domiciliar não é realizada em caráter de urgência, mas de prevenção de problemas passíveis de resolução à domicílio em horários pré-estabelecidos de visita. As ACS serão orientadas sobre como proceder e reconhecer urgências de idosos acamados de acordo com relatos de familiares que solicitam visita imediata, onde deverá se acionar o Serviço Móvel de Urgência (SAMU) se considerado urgência ou solicitado à enfermeira da UBS para acionar o serviço de

transporte móvel da prefeitura municipal se não houver risco de vida no momento para remoção do idoso para unidade de Pronto Socorro.

Os ACS serão orientados sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção, sendo as visitas mensais. O cadastro será em lista que terá conteúdo semelhante à ficha espelho, porém mais genérico. As folhas para elaboração da ficha serão solicitadas à gestão municipal e impressas na própria UBS, com utilização de computador e impressora já disponíveis no local.

A orientação dos ACS, para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar também será realizado em uma das reuniões como citado anteriormente.

A capacitação da equipe para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito, será realizado em uma das reuniões acima citadas, mediante capacitação em manguitos já dispostos na UBS.

Os materiais a serem utilizados como esfigmomanômetro, estetoscópio, aparelho de hemoglicoteste e fitas de glicemia para a capacitação da equipe para a realização do hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica já estão à disposição na UBS.

A equipe será capacitada para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico sempre se utilizando para isso a ficha-espelho e realizando uma a listagem dos idosos com problemas para primeira avaliação odontológica com o dentista da UBS.

A capacitação dos ACS para captação de idosos, em uma das reuniões citadas acima, será realizada pelo médico da equipe, com a utilização de slides e folhetos a serem impressos na própria UBS que contenham instruções sobre como ocorrerá a captação dos idosos, sempre com levantamento dos nomes dos mesmos para posterior agendamento com a enfermeira chefe, que por sua vez dirá à ACS a qual comunicará ao idoso que o mesmo poderá vir à consulta pré-agendada em determinada data e horário.

A capacitação do cirurgião dentista para realização de primeira consulta odontológica programática para idosos será efetivada pelo médico com instruções

de como funcionará a intervenção no local e horário estipulado anteriormente, mediante uso de slides em computador e folhas explicativas.

Para qualificar a equipe para realizar procedimentos clínicos odontológicos nos domicílio, possivelmente seja inviável na medida em que o dentista da UBS possui apenas 20 horas de atendimento na mesma. Todavia, será proposto ao dentista, dentro das possibilidades de seu horário já reduzido, que o mesmo acompanhe algumas visitas domiciliares esporádicas. A capacitação para tal ocorreria na sala de reuniões da UBS, nos turnos acima citados, mediante explicação de como funcionaria os procedimentos odontológicos à domicílio, com o auxílio do dentista.

Para viabilizar a ação de acolhimento dos idosos o acolhimento será realizado todos os dias da semana, em todos os períodos de funcionamento da UBS, de segunda a sextas-feiras, pela manhã e à tarde, sendo realizado pela enfermeira e técnicos em enfermagem, bem como pela equipe da recepção da Unidade.

As atualizações do SIAB serão executadas pelos ACS, mensalmente, como já é realizado.

Para as ações de cadastramento dos idosos da área serão realizados pelas ACS, de forma que os idosos que elas cadastrarem serão enviados para que a enfermeira os cadastre na Unidade e abra fichas espelhos e promova o agendamento. Será garantido o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa. A agenda para acomodar os idosos será organizada pela enfermeira, necessitando reorganizar para acomodá-los como preferenciais. Serão disponibilizadas dezoito consultas semanais aos idosos, e os que vierem em busca ativa devem ser agendados nas vagas de demanda espontânea.

As visitas domiciliares serão realizadas em um turno, uma vez na semana, sempre nas sextas-feiras pela manhã. As visitas domiciliares odontológicas serão realizadas uma vez na semana.

Os materiais para atendimento como esfigmomanômetro, fita métrica, hemoglicoteste, balança, antropômetro, Tabela de Snellen, e outros já estão disponíveis na UBS.

Aos faltosos nas consultas serão deixados alertas nos prontuários, encaminhados a enfermeira que fará uma relação dos faltosos na semana. Ao final da semana, a enfermeira promoverá ligações telefônicas aos faltosos para reagendamento de consultas. Não tendo resultado, as ACS serão solicitadas para fazer visitas domiciliares em busca dos faltosos. Serão disponibilizadas vagas na agenda para agendar os faltosos.

O cadastramento será executado pelas ACS nas visitas domiciliares quando forem detectados usuários que não estavam em acompanhamento na UBS. Também quando os idosos forem espontaneamente na UBS.

Os idosos que necessitem de referência para outros serviços serão encaminhados mediante consulta clínica pré-agendada. Os que necessitem de exames complementares serão solicitados mediante consulta clínica, uma vez que o município já disponibiliza boa parte dos exames laboratoriais principais.

Para garantir quantidade suficiente de insumos e medicamentos aos idosos será efetuado mensalmente o pedido de renovação de estoque da medicação, como já é feito atualmente.

Para registros das informações dos idosos serão usados fichas clínicas, que já são utilizadas na UBS, onde constam os idosos diabéticos e hipertensos em tratamento na UBS. Os registros ficam a cargo da enfermeira. A equipe pactuará o bom registro as informações, para que sempre haja na farmácia medicações disponíveis.

As palestras para trabalho de promoção de saúde com grupos serão realizadas pelo médico da equipe, com duração de 01 hora, mensalmente, na sala de reuniões da UBS ou na sede da igreja em frente à UBS. Serão utilizados cartazes demonstrativos, a ser providenciados junto à gestão municipal e confeccionados pela equipe de enfermagem.

Para sensibilizar a comunidade, serão realizadas palestras uma vez ao mês, voltadas aos idosos e seus familiares, na sede da igreja em frente à UBS, com o intuito de esclarecer a comunidade sobre o atendimento aos idosos na UBS, sobre a importância dos vários aspectos que serão abordados referentes à saúde do idoso. As palestras serão realizadas pelo médico da UBS. Serão confeccionados cartazes pela equipe de enfermagem a serem dispostos na UBS, em caráter explicativo.

3.Relatório da Intervenção

3.1 – Ações previstas que foram desenvolvidas

A intervenção estava dividida em metas, ao todo 25 metas que se transformaram em ações, estruturadas de forma que o idoso recebesse uma avaliação e um cuidado integral. Os objetivos gerais foram trabalhados conseguimos ampliar a cobertura de acompanhamento dos idosos, melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Atenção à Saúde dos Idosos, melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde, melhorar o registro de informações, mapear os idosos de risco na área de abrangência, promover a saúde. Porém algumas metas referentes à quantidade de idosos que receberam o acompanhamento não foram totalmente atingidas devido ao tempo curto da intervenção que não proporcionou uma maior captação desses idosos.

A atenção aos idosos, na unidade de saúde, antes da intervenção, não tinha um programa específico que visasse prevenção e cuidados em saúde, não tinham registros adequados, muitos de seus prontuários eram incompletos e não tinham listas de problemas ou medicações que faziam uso, poucos, recebiam visitas domiciliares, e nunca havia-se mapeado os idosos de risco. Os idosos também não tinham acesso à caderneta da pessoa idosa, nem uma ficha espelho para um maior controle de sua saúde e das suas medicações. Conseguimos organizar e acompanhar esses idosos de forma muito eficiente. A atenção ao idoso melhorou muito em qualidade de serviço, atendendo ao objetivo geral.

Os idosos são um grupo especial para o serviço de saúde, geralmente é o grupo da faixa etária que mais precisa de atenção em saúde, por isso pouquíssimos idosos faltavam às consultas, e pudemos melhorar seus registros, fazer reuniões com a finalidade de promover a saúde e ainda verificar se eles estavam tendo acesso às medicações necessárias.

Outro fator importante é que conseguimos deixar em dia os exames clínicos e laboratoriais e as avaliações quanto à fragilidade, condições sociais, avaliação multidimensional do idoso, fazendo com que a continuidade da Estratégia Saúde da Família seja facilitada para as próximas equipes.

3.2 – Ações previstas que não foram desenvolvidas

Não conseguimos realizar as ações relacionadas à saúde bucal, nem instruções mais adequadas nem avaliações de próteses e agendamentos para consultas com odontólogos. Isso ocorreu devido à falta do dentista na UBS, e quando estava presente necessitava atender à demanda espontânea. O dentista não estava vinculado na estratégia de saúde da família, antes da inserção da nova equipe de trabalho vinculado ao PROVAB. O restante da equipe que colaborou para esse projeto de intervenção aceitou com tranquilidade as mudanças que pretendíamos fazer, e ao final do trabalho todos reconheceram o crescimento da equipe como estratégia de saúde da família, e principalmente com relação ao cuidado do idoso.

Todos, participantes da intervenção, desde a equipe médica, enfermagem, ACS e recepcionistas se empenharam no trabalho, a própria comunidade colaborou com a intervenção. No início muitas pessoas foram resistentes ao trabalho, pela diminuição do número de atendimentos no horário que havíamos estabelecido para agendamento dos idosos. Já a população alvo, teve uma excelente aceitação, compareciam as consultas e adotavam as orientações que eram repassadas. Os grupos que eram realizados visando discussões de temas em saúde e envelhecimento foram também aceitos com facilidade. Os poucos idosos que faltaram inicialmente às consultas receberam busca ativa e compareceram às consultas.

3.3 – Dificuldades encontradas

As dificuldades que encontramos no presente projeto foram por questões de tempo, devido o curto período em que a intervenção ocorreria, não conseguimos atingir as metas com relação aos números, mas acredito que qualitativamente o resultado foi muito positivo.

3.4 – Análise da Viabilidade de incorporação das Ações

Analisando a viabilidade da incorporação dessas ações propostas futuramente, e analisando o andamento que foi dado ao projeto, chego à conclusão de que o projeto necessita de uma continuidade, pois desenvolvemos um trabalho de qualidade, sendo que há ainda mais para melhorar. O projeto não é de difícil implantação, as equipes de saúde apesar de serem poucas, fazem um bom trabalho, acredito que se elas fossem em maior número, bem como a equipe de enfermagem e médica também fosse maior, o projeto seria implantado com facilidade. E pela experiência que tivemos, pelos relatos que fizemos nos diários de intervenção percebemos que cada idoso se beneficiou do programa, desde a facilidade para adquirir medicações, o acesso aos exames e orientações sobre alimentação e exercício físico, enfim ganharam em qualidade de atendimento e melhoria na qualidade de vida.

Após este período de intervenção pretendemos continuar com o grupo de idosos e com o sistema de agendamento para este grupo. Realizaremos algumas reuniões com a equipe de saúde para ajustarmos o projeto visando uma continuidade deste trabalho, já que toda a equipe da UBS e também os usuários se beneficiaram com esse projeto.

4.Avaliação da Intervenção

4.1.Resultados

Relativo ao Objetivo 1- Ampliar a cobertura de acompanhamento de idosos

Meta 1.1. Ampliar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na Unidade de Saúde para 75%

Indicador 1.1 Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na Unidade de Saúde

A intervenção buscou implementar a qualificação do atendimento e do cadastramento dos idosos da UBS SANSCA, que abrange um total de 354 habitantes com mais de 60 anos, porém, participaram da intervenção um total de 141 idosos, o que corresponde à 39% do total usuários que seriam incluídos na intervenção.

No início do projeto foi estipulada a meta de 75% de cobertura no programa de atenção ao idoso, essa meta, no entanto, não foi atingida durante o período de intervenção. No início da intervenção, percebemos que o valor quantitativo não seria atingido, já que a qualidade do atendimento que os idosos tinham antes da intervenção, com relação à avaliação de risco, visitas periódicas domiciliares, cadastro adequado, entre outros, estavam em falta e tomariam uma grande parte do tempo que seria dedicado à intervenção.

A ênfase na abordagem qualitativa permitirá à Unidade de Saúde, bem como as próximas equipes de saúde, a manutenção das ações incorporadas ao serviço de forma completa, e a deficiência quantitativa pode ser facilmente superada pela continuidade da intervenção.

Apesar de não ter atingido a meta, houve um aumento progressivo da cobertura. No mês 1, atingimos 48 idosos (13,6%). No mês 2, alcançamos 93 (26,3%) idosos, e no mês 3 finalizamos com 141 idosos cadastrados (39,8%).

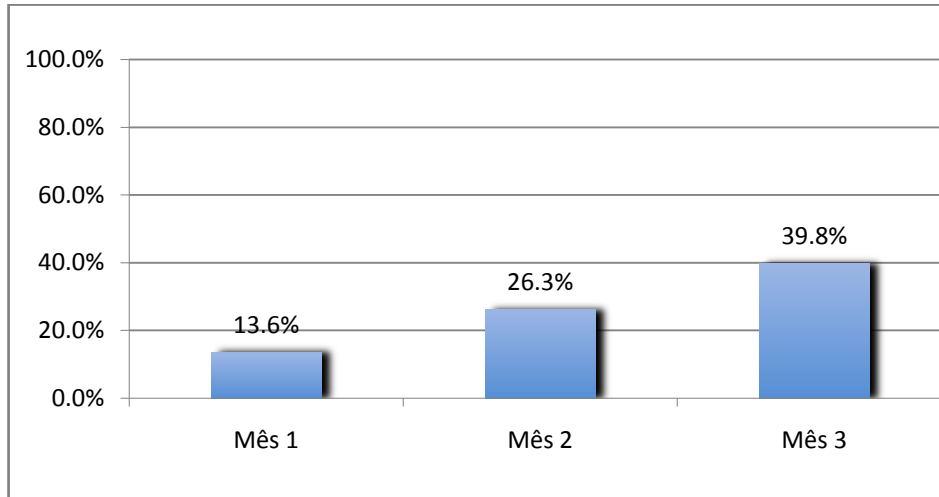


Figura 1– Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na Unidade de Saúde

O trabalho de toda a equipe foi essencial para os números que obtivemos, pois cada agente de saúde se comprometeu em fazer as buscas ativas aos idosos, a equipe de enfermagem colaborou com avaliações e cadastros facilitando e simplificando as ações para a equipe médica. Além da compreensão da comunidade que permitiu que fizéssemos a intervenção.

Meta 1.2. Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área)

Indicador 1.2. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados

Com relação ao cadastramento dos idosos acamados, obtivemos um maior resultado quantitativo. Foram cadastrados 60,1% dos idosos acamados. A evolução do cadastramento foi positiva, pois, no primeiro mês, dos 28 idosos acamados ou com problemas de locomoção residentes na área de abrangência da Unidade, 5 foram cadastrados no programa (17,7%). No segundo mês, 9 dos 28 idosos foram cadastrados (31,8%). No terceiro mês, 17 dos 28 usuários estavam cadastrados, correspondendo ao valor de 60,1%.

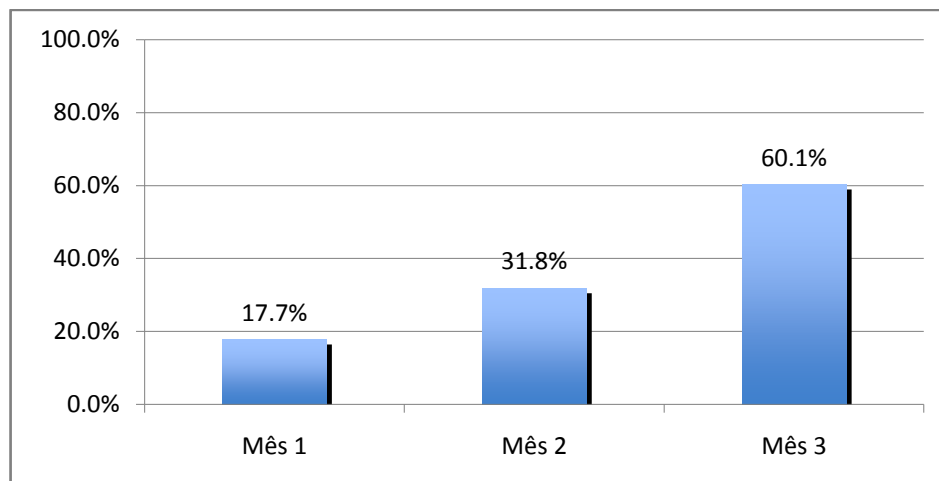


Figura 2— Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados

Esse número não atingiu a meta estipulada devido ao tempo de três meses, que não foi suficiente para cadastrarmos 100% dos acamados.

Estes resultados foram obtidos, principalmente, através do trabalho dos ACS que colaboraram fortemente para que a intervenção ocorresse. Esses cadastros de usuários acamados ou com dificuldades de locomoção auxiliaram muito na organização das visitas e na classificação de risco e prioridade de atendimento. Mostrou-se através desse resultado como a boa interação entre as equipes de saúde influencia positivamente na qualidade do serviço.

Meta 1.3 Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Indicador 1.3. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.

Essa segunda meta dependia exclusivamente da anterior, e foi atingida tanto quantitativamente quanto qualitativamente. Em todos os meses, todos os idosos cadastrados receberam visita domiciliar. No primeiro mês, havia 5 idosos com dificuldade de locomoção e cadastrados, e no segundo e terceiro mês, haviam 9 e 17 idosos, respectivamente, que necessitava, de visitas domiciliares cadastrados.

Esses valores foram atingidos devido a um trabalho de equipe eficaz, em que o ACS identificava o idoso e a equipe médica, de enfermagem e também o agente responsável, faziam a visita domiciliar dando todo o suporte ao idoso, e com um atendimento e acompanhamento igual ao do idoso que comparecia à UBS,

beneficiando o usuário que não tinha acesso ao serviço de saúde. Anteriormente à intervenção, não havia visitas domiciliares na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde. Portanto, essa foi uma das ações mais gratificantes para toda a equipe, que reconheceu a deficiência da UBS com relação ao atendimento aos idosos acamados, e colaborou para que o trabalho fosse realizado levando mais qualidade de vida aos usuários sem acesso aos serviços de saúde, sendo que 100% dos idosos acamados cadastrados receberam a visita domiciliar e também uma avaliação completa, bem como exames clínicos e avaliação de risco, porém não puderam receber visita odontológica por dificuldades de manejo do profissional de odontologia ao local.

Meta 1.4 Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Indicador 1.4 Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta.

Ao longo dos 3 meses de intervenção, foi verificada a pressão arterial em 140 idosos cadastrados no programa (99,3%). No primeiro mês, conseguimos verificar a PAS em 48 idosos (100%). No segundo mês, foi verificada a pressão arterial de todos os 93 idosos cadastrados (100%). E no terceiro mês, dos 141 idosos cadastrados, foi verificada a pressão arterial de 140 idosos (99,3%) praticamente alcançando a meta estabelecida.

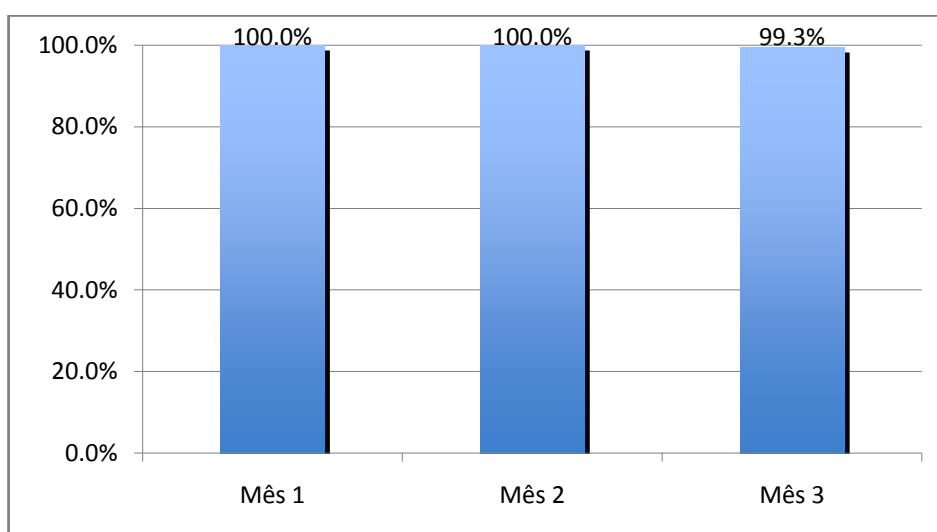


Figura 3-Proporção de idosos com verificação de pressão arterial na última consulta.

O exame físico, a avaliação de risco e o acesso às medicações foram pontos da intervenção que tiveram prioridade visto que beneficiariam os idosos de forma integral. Por esse motivo conseguimos estabelecer uma rotina prática de exame físico, e dentro desta rotina estava a aferição de pressão arterial para todos os idosos, tanto do médico como da equipe de enfermagem. Portanto, atingimos 100% dos idosos com a aferição de pressão arterial em dias alternados a fim de rastrear Hipertensão Arterial Sistêmica.

Meta 1.5 Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM).

Indicador 1.5 Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes

Nesta meta, foi atingido o valor de 100% pactuado. No primeiro mês, todos os 28 hipertensos foram rastreados para diabetes. No segundo mês, todos os 56 hipertensos foram rastreados para diabetes. E fechou-se o terceiro mês com todos os 95 hipertensos rastreados para a doença, equivalendo a 100% da meta estabelecida.

Aos idosos hipertensos que eram avaliados na UBS eram realizados também exames para avaliação da glicemia.

Essa meta alcançada em sua totalidade foi possível com o auxílio de toda a equipe que facilitava o trabalho para que o usuário chegasse até o serviço, e contamos também com a ajuda de exames laboratoriais a fim de rastrear adequadamente essa doença crônica.

Meta 1.6 Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para 100% dos idosos (com elaboração de plano de tratamento)

Indicador 1.6 Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

Essa meta não atingiu o resultado que esperávamos, ficamos com o resultado de 0%. Não houve atendimento odontológico aos idosos, pois não tínhamos dentro da UBS um profissional especializado em odontologia para encaminharmos devidamente os idosos que receberam a cobertura da intervenção.

Meta 1.7 Fazer visita domiciliar odontológica de 100% dos idosos acamados ou com dificuldade de locomoção

Indicador 1.7 Proporção de idosos acamados ou com dificuldade de locomoção que receberam visita domiciliar odontológica.

Para a meta de visita odontológica, não foi possível realizá-la para nenhum dos idosos cadastrados no programa, sendo o resultado 0%.

Relativo ao objetivo 2 - Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Atenção à Saúde do Idoso:

Meta 2.1. Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Indicador 2.1. Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa.

Referente à essa meta conseguimos o esperado, atingindo 100% dos idosos que faltaram à consulta programada no três meses da intervenção. No primeiro mês foram 3 faltosos, no segundo mês foram 5 faltosos, e no terceiro mês foram 8 idosos faltosos.

Obteve-se um bom resultado nesta meta através de um trabalho constante dos ACS. Não tivemos grandes dificuldades com essa meta já que poucos idosos não compareceram, e destes todos tiveram busca ativa realizada e novas consultas agendadas.

Relativas ao objetivo 3- Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde:

Meta 3.1. Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Indicador 3.1. Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

A meta não foi atingida, mas a evolução foi favorável. No primeiro mês, 15 idosos de 48 receberam Avaliação Multidimensional Rápida (31,3%). No segundo mês, 59 de 93 idosos foram avaliados (63,4%). E fechando a intervenção no terceiro

mês com 105 de 141 idosos que receberam Avaliação Multidimensional Rápida, correspondendo a 74,5% dos idosos.

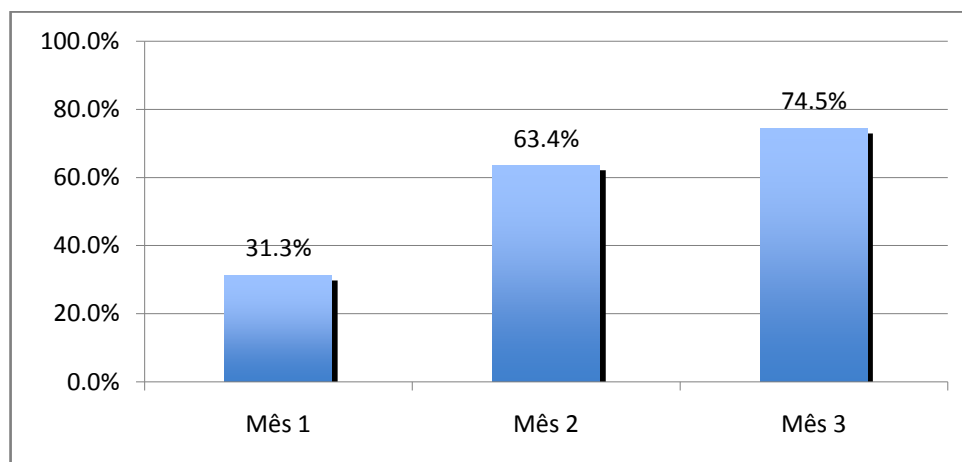


Figura 4- Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

Nesta meta podemos perceber claramente a importância da equipe multiprofissional dentro da Estratégia em Saúde da Família, pois foi com a união de todos dentro da UBS que foi possível atingirmos essa meta, não de forma integral, mas obtivemos ótimos resultados, chegando à 74,5% dos idosos que receberam a avaliação. Esse número não foi atingido totalmente devido à falta de tempo da equipe, pois o número de idosos era grande com relação ao tempo em que se realizou a intervenção. Antes de se iniciar a intervenção, toda a equipe teve que ser treinada para ajudar o idoso nas perguntas realizadas, para que obtivéssemos menos viés possível dentro da avaliação com a finalidade de melhor cuidar do idoso individualmente.

Meta 3.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 03 meses para diabéticos.

Indicador 3.2. Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia

Com relação ao exame clínico apropriado nos idosos cadastrados na UBS, no primeiro mês, todos os idosos foram examinados em todos os meses. No primeiro mês todos os 48 idosos foram examinados. No segundo mês, todos os idosos também foram examinados (93 idosos). No terceiro mês, todos os 141 idosos receberam exame clínico apropriado. Portanto, com relação ao índice referente ao

exame clínico adequado, todos os idosos foram examinados, correspondendo à 100% dos idosos do programa, desde os que compareceram à UBS até os acamados.

Essa ação ficou ao encargo tanto da equipe médica como da equipe de enfermagem. Para que realizássemos com qualidade, também passamos por um treinamento prévio que foi realizado durante a reunião com a equipe da UBS.

Meta 3.3. Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Indicador 3.3. Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Não atingimos o valor estabelecido, mas 88,9% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos receberam pedido de exames complementares com a finalidade de prevenir e tratar complicações das doenças crônicas. No primeiro mês, dos 48 idosos hipertensos e/ou diabéticos, 35 estavam com os exames complementares periódicos em dia (72,9%). O segundo mês, 64 dos 77 idosos tiveram exames solicitados (83%). No terceiro mês, 104 dos 117 idosos tiveram exames complementares solicitados (88,9%).

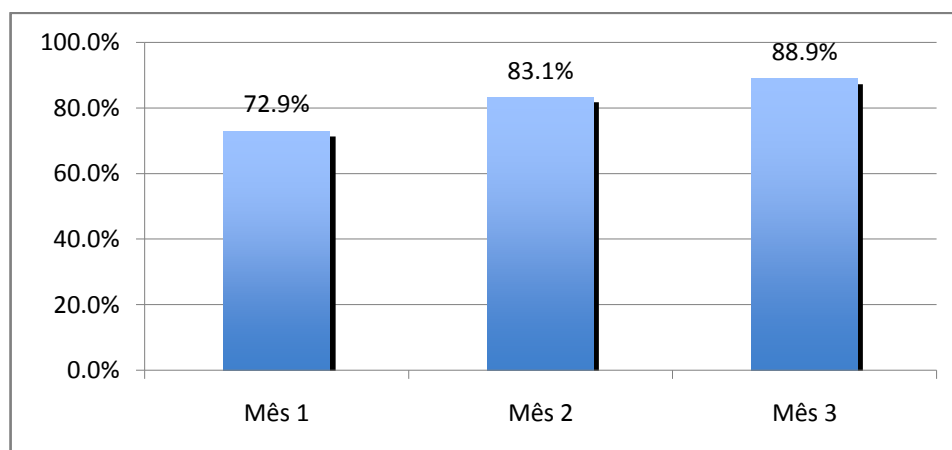


Figura 5– Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia

Antes da intervenção muitos idosos não tinham os exames em dia, e precisamos analisar os prontuários para solicitarmos os exames de forma adequada. Essa ação ficou registrada na ficha espelho e servirá de base para novas intervenções e para a manutenção do acompanhamento clínico.

Meta 3.4. Avaliar acesso aos medicamentos prescritos em 100% dos idosos (considerar os idosos sem prescrição medicamentosa como com acesso a medicamentos)

Indicador 3.4. Proporção de idosos com acesso aos medicamentos prescritos.

Esta meta não foi atingida em sua totalidade, porém, conseguimos modificar algumas medicações e melhorar o acesso aos medicamentos para a população idosa, sendo que no primeiro mês dos 48 idosos, 43 tinham acesso aos medicamentos (89,6%). No segundo mês, 83 dos 93 idosos tinham acesso às medicações que usavam, correspondendo a 89,2%. E no terceiro mês, 127 dos 141 idosos cadastrados tinham o acesso aos medicamentos prescritos, atingindo 90,1% da meta estabelecida.

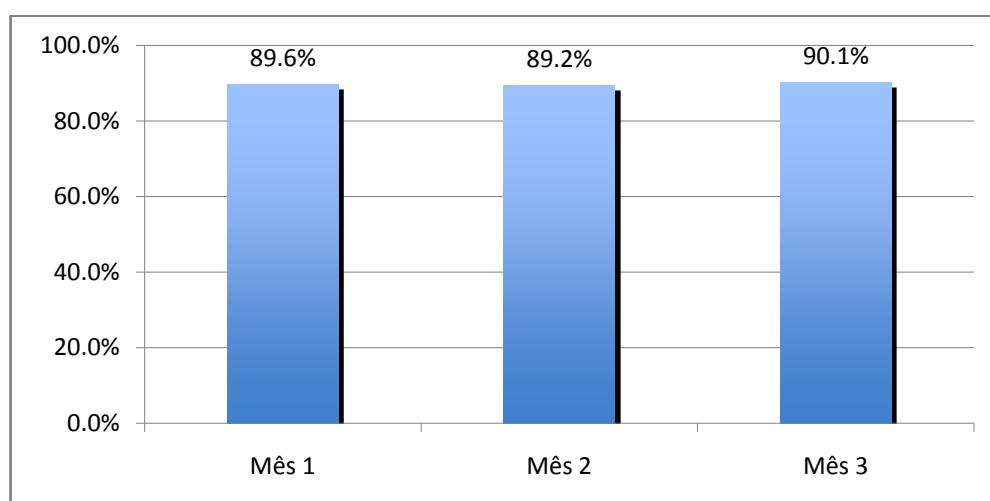


Figura 6– Proporção de idosos com acesso aos medicamentos prescritos

A ação correspondente a essa meta, exigiu cuidado e monitoramento da equipe de enfermagem e dos agentes de saúde, através da ficha-espelho que facilitou o controle das medicações. Exigiu ainda que a equipe médica adequasse as medicações prescritas, aos medicamentos que tínhamos na rede básica de saúde. Atribuímos a alguns fármacos controlados e psicofármacos o fato de não conseguirmos alcançar a meta de 100% estabelecida.

Meta 3.5. Concluir o tratamento odontológico em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática

Indicador 3.5. Proporção de idosos com tratamento odontológico concluído.

Durante a intervenção, não houve atendimento odontológico. Sendo o nosso resultado 0%

Essa meta não pode ser alcançada devido à falta do profissional de odontologia que nos acompanhasse no projeto de intervenção.

Meta 3.6. Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% dos idosos cadastrados.

Indicador 3.6. Proporção de idosos com avaliação de alterações de mucosa bucal em dia.

Essa meta foi cumprida integralmente. No primeiro mês todos os 48 idosos cadastrados foram avaliados quanto a alterações na mucosa bucal. No segundo mês, todos os 93 idosos foram avaliados. No terceiro mês, a intervenção finalizou com todos os 141 idosos avaliados quanto a alterações na mucosa bucal.

Essa ação foi priorizada pela equipe médica, pois a saúde bucal em qualquer idade é muito importante e nos idosos ela implica qualidade de vida e também condição de saúde em geral, e como não tínhamos fácil acesso à consulta odontológica, tornamos esse exame físico um dos mais importantes, atingindo 100% dos idosos cadastrados no programa. Não tivemos dificuldade com esta ação, porém o obstáculo maior foi o encaminhamento deste idoso para uma consulta com o profissional da área da saúde bucal.

Meta 3.7. Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica

Indicador 3.7. Proporção de idosos com avaliação da necessidade de prótese em dia.

O resultado foi 0%, pois essa meta não foi possível realizar contabilizar devido à falta de profissional da saúde bucal disponível para o projeto de intervenção.

Relativas ao objetivo 4 - Melhorar registros das informações:

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

Indicador 4.1. Proporção de idosos com registros na ficha espelho em dia.

Para esta meta, atingimos a marca de 100% ao final da intervenção cumprindo a meta estabelecida. No primeiro mês, dos 48 idosos cadastrados, 48 idosos estavam com seus registros na ficha espelho em dia (100%). No segundo mês, dos 93 idosos cadastrados 93 estavam em dia com seus registros em fichas-espelho. No terceiro mês, dos 141 idosos cadastrados, 141 estavam com registros em ficha-espelho em dia, cumprindo a meta de 100%.

Dentre as metas estabelecidas esta é considerada a mais importante, pois teve a finalidade de registrar não só as condições clínicas, medicações e exames dos usuários, mas também serviu como registro do trabalho e servirá para as próximas ações programáticas que poderão ser realizadas na UBS. Esta ação contou com a colaboração da equipe médica, de enfermagem e agentes comunitários. A equipe toda foi treinada para preencher a ficha em reuniões prévias à intervenção. A ficha fica junto ao prontuário podendo ser complementado e modificado conforme a necessidade. Através dela programávamos o melhor manejo clínico do idoso. Dificilmente havia dúvidas de preenchimento da ficha-espelho, qualquer dúvida que a equipe tivesse, os demais poderiam auxiliar. Esta é uma ferramenta que pode ser dada continuidade, pois após os primeiros dados, os demais só precisavam ser atualizados, consumindo menos tempo para toda a equipe.

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

Ao longo dos três meses de intervenção, obtivemos bons resultados, atingindo a meta proposta em sua quase totalidade. No primeiro mês, dos 48 idosos cadastrados, todos tinham a caderneta da pessoa idosa (100%). O segundo mês, dos 93 idosos cadastrados, também todos possuíam a caderneta da pessoa idosa (100%). No terceiro mês, dos 141 idosos, 133 possuíam a caderneta da pessoa idosa (94,3%).

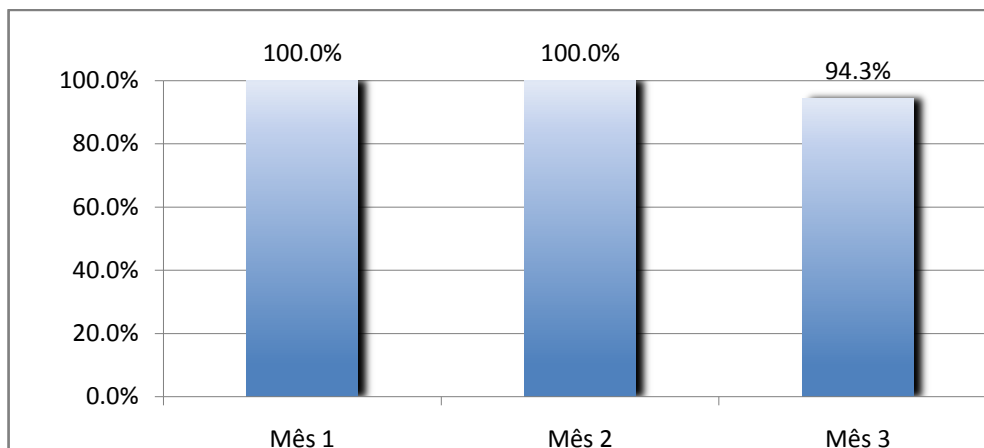


Figura 7– Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

A caderneta de Saúde da Pessoa Idosa foi uma grande conquista para toda a comunidade. O idoso ter como ser identificado e portar dados da sua condição clínica e medicações é um grande avanço, já que o idoso é um usuário especial, que requer cuidados também especiais. Ele é um usuário com maior número de internações que um adulto hígido e muitos dos nossos idosos não tinham um bom suporte familiar. Poder entregar a cada um documento organizado que guie uma consulta ou um atendimento de emergência tranquiliza não só o usuário como a equipe médica. A carteira é de fácil preenchimento e muito bem aceita por este grupo de idosos, que veem nesse cuidado uma atenção especial. Em geral esta carteira era preenchida pelo médico juntamente com a consulta clínica. Houve um menor percentual de entrega da caderneta no terceiro mês, devido a falta de material na UBS, porém os usuários que não receberam na consulta, tinham anotados tanto na ficha-espelho como no prontuário que ainda não tinham em mãos a Caderneta, para que quando chegasse o material pudemos distribuir para esses usuários.

Relativas ao objetivo 5 - Mapear os idosos de risco da área de abrangência:

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

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

Essa meta foi progressivamente sendo atingida, alcançando ao final da intervenção 90,8% de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia. A evolução do indicador foi favorável. No primeiro mês, 35 dos 48 idosos cadastrados foram avaliados (72%). No segundo mês, 80 de 93 idosos cadastrados foram avaliados (86%). Fechando o terceiro mês, dos 141 idosos cadastrados 128 foram avaliados quanto a risco de morbimortalidade (90,8%).

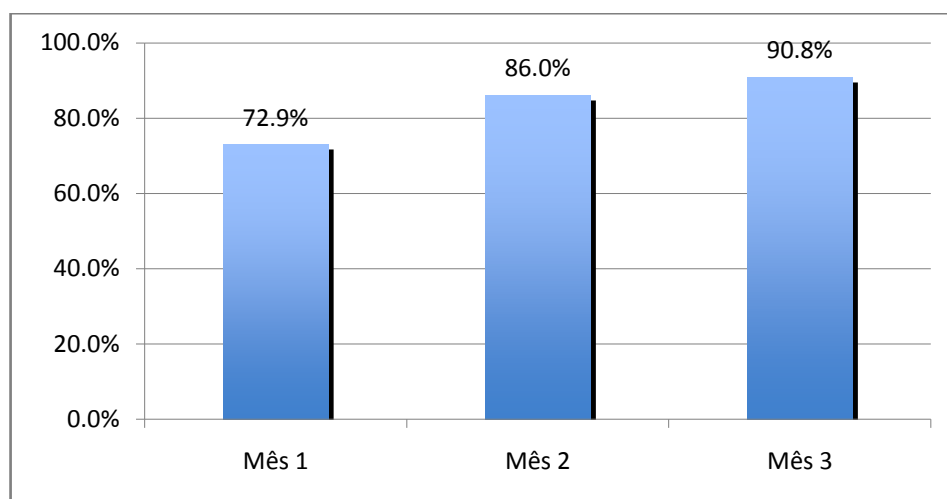


Figura 83– Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia

A ação correspondente à esse objetivo foi imprescindível para a realização da priorização do atendimento ao idoso. Ela era realizada inicialmente pelo agente comunitário de saúde e também pela equipe de enfermagem, com a finalidade de trazer ao atendimento primeiramente o idoso com maior risco de morbimortalidade. Essa ação foi planejada antes da intervenção através de reuniões onde juntamente com a equipe da UBS, pudemos fazer treinamentos para uma avaliação mais adequada e padronizada, pois dessa forma todos os idosos seriam tratados com equidade. O preenchimento da ficha-espelho auxiliou esse rastreamento. No início da intervenção, tínhamos a orientação de revisarmos as fichas-espelho quinzenalmente, porém, nem sempre isso foi possível, pois o número de usuários que não faziam parte da intervenção era muito significativo e também requeria a atenção de toda a equipe, porém, em cada consulta, as fichas eram revisadas, o que permitia um maior controle nesta avaliação, indicando se o idoso necessitava ou não de alguma intervenção imediata ou de consultas com maior frequência ou, ainda, troca de medicações e exames. Sendo assim atingimos 90,8% dos idosos com a sua avaliação de risco de morbimortalidade em dia, número acima do que havíamos

estabelecido como meta, que só foi possível com a integração de toda a equipe da UBS.

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

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

Esta meta foi cumprida integralmente. No primeiro mês, todos os idosos foram avaliados para a fragilização na velhice. No segundo mês, todos os 93 idosos cadastrados foram avaliados. No terceiro mês, todos os 141 idosos cadastrados foram avaliados para fragilização na velhice em dia.

Esta ação contou com um treinamento simples da equipe tanto da enfermagem como dos agentes comunitários para identificar o idoso em risco de fragilidade, em que eram avaliadas não só as condições clínicas do idoso como também observadas às condições de moradia do usuário, com a finalidade de avaliar a fragilidade do idoso e prevenir acidentes neste grupo especial de usuários.

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

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

Esta meta foi atingida. No primeiro mês, todos os 48 idosos cadastrados tiveram suas redes sociais avaliadas (100%). No segundo mês, todos os 93 idosos cadastrados tiveram as redes sociais avaliadas (100%). No terceiro mês, todos os 141 idosos tiveram suas redes sociais avaliadas (100%).

Este é outro fator importante para uma visão completa do idoso: a sua condição social e de moradia, esta meta foi atingida em totalidade através do trabalho dos agentes comunitários que se empenharam em avaliar a condição dos idosos da área da UBS. Esses dados eram registrados na ficha-espelho e caso o idoso tivesse algum risco repassávamos para a agente social que assumiu essa responsabilidade, nos ajudando neste projeto e garantindo o cuidado integral ao idoso.

Meta 5.4. Realizar avaliação de risco em saúde bucal em 100% dos idosos.

Indicador 5.4. Proporção de idosos com avaliação de risco em saúde bucal em dia

O resultado foi de 0%, esta ação não foi realizada, pois seria executada com o auxílio do dentista que não pode nos acompanhar neste projeto na UBS em que a intervenção estava acontecendo. Porém o exame físico de toda a cavidade oral fazia parte de um exame completo da saúde do usuário e em casos de risco encaminhávamos ao profissional adequado.

Relativas ao objetivo 6 - Promover saúde:

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

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

Ao longo dos três meses da intervenção, a meta estipulada foi sendo alcançada com êxito. No primeiro mês, todos os 48 idosos cadastrados receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis, assim como no segundo mês, todos os 93 idosos cadastrados receberam esta orientação. No terceiro mês, também todos os 141 idosos cadastrados receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis (100%).

Os trabalhos com os grupos de idosos que realizávamos permitiram que atingíssemos 100% da abrangência dos idosos com orientação nutricional. Os usuários participavam dos grupos onde discutíamos sobre alimentação saudável, as palestras eram preparadas, pela equipe da nutrição e de enfermagem, porém, os relatos e ensinamentos vinham também dos usuários, o que trouxe grande aproveitamento para toda a equipe. Além da orientação nos grupos de idosos, eles recebiam orientação na consulta médica e caso o idoso fosse avaliado como maior risco de morbimortalidade cardiovascular era encaminhado para a nutricionista para uma avaliação e acompanhamento individual. Toda a equipe da UBS foi responsável para atingirmos esta meta.

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

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

Esta meta foi alcançada. No primeiro mês todos os 48 idosos cadastrados foram orientados. No segundo mês, todos os 93 idosos foram orientados. E fechamos a intervenção com todos os 141 idosos orientados sobre a prática de atividade física (100%).

Com relação a essa meta também atingimos 100% com a ajuda dos grupos de idosos, em que esclarecíamos e incentivávamos a prática de atividade física, e além dos grupos, cada usuário recebia orientação individualmente na consulta clínica.

Meta 6.3. Garantir orientações individuais sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados com primeira consulta odontológica programática.

Indicador 6.3. Proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia

Nesta meta foi alcançado 0%, esse valor se deve ao fato de não termos conseguido um profissional odontólogo que nos acompanhasse durante a intervenção. Porém os usuários não ficaram sem assistência quanto às orientações de saúde bucal, sendo reforçadas e transmitidas principalmente através dos grupos, reuniões realizadas com caráter preventivo, enfatizando o bem-estar dos idosos, através de seminários e conversas instrutivas.

Meta 6.4. Garantir ações coletivas de educação em saúde bucal para 100% dos idosos cadastrados.

Indicador 6.4. Proporção de idosos com participação em ações coletivas de educação em saúde bucal.

Assim como as demais metas que envolvem o profissional da odontologia não conseguimos atingir os resultados que almejamos, chegando a um resultado de 0%.



Fotografia 1-Atendimento clínico realizado pelo profissional médico junto aos usuários da UBS

4.2.Discussão

Analisando os dados expostos acima, podemos concluir que em minha UBS, apesar de não termos alcançado as metas inicialmente propostas de aumento de cobertura dos idosos, a intervenção proporcionou a melhora significativa da qualidade dos atendimentos, pois conseguimos incluir no serviço ações que antes não eram realizadas, mas que eram prioritárias para uma melhor prevenção e tratamento das doenças na terceira idade, ações essas que se mostraram fáceis de serem implantadas desde que se tenha um protocolo a ser seguido. Em virtude da adoção de um protocolo, todos os idosos que foram incluídos na intervenção, passaram a ter o exame clínico em dia bem como passaram a realizar exames complementares regularmente conforme o protocolo, além de ter sido priorizada a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a todos eles, facilitando a adesão ao tratamento e melhorando o acolhimento do Idoso.

Obtivemos uma taxa pequena de idosos faltosos as consultas (apenas 5%), analisando a situação que se encontrava a UBS, sem nenhuma equipe da saúde da família e tendo em vista que o idoso em função da sua idade avançada necessita mais do serviço de saúde, fica compreensível essa taxa ser pequena, porém com a

ajuda de toda a equipe pudemos trazer todos os idosos faltosos às consultas em outras datas, através das buscas ativas

Outro ponto importante para ser levantado neste trabalho é que conforme passaram os meses a qualidade e a quantidade de avaliação tanto da mucosa oral, como da avaliação multidimensional rápida e o risco do idoso foram tomando formas crescentes, o que nos leva a pensar que quando nos predispomos a realizar um trabalho, gerar um protocolo, e utilizar-se de cadernetas ou fichas de avaliação, o trabalho fica menos dificultoso, houve ganho de tempo, pois criou-se uma rotina de trabalho.

A Caderneta da Saúde do Idoso é um documento importante tanto para a equipe de saúde quanto para o idoso, pois facilita o acompanhamento por parte da equipe e também identifica melhor o idoso onde ele esteja, pois contem informações importantes sobre medicamentos em uso e patologias, caso alguma emergência surja no cotidiano do idoso. A única taxa que teve números decrescentes foi a do preenchimento da Caderneta de Saúde do Idoso, isso porque no terceiro mês acabou faltando a Caderneta para a sua distribuição, mas os dados estão todos escritos nos prontuários e fichas-espelho. Assim que recebermos mais Cadernetas, entregaremos aos idosos que faltaram.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as orientações do Ministério da Saúde para avaliação multidimensional do Idoso e demais avaliações que foram realizadas. Além da monitorização da Hipertensão e Diabetes, também foi capacitada para melhorar a abordagem dos idosos, como melhorar a forma de acolhimento, de repasse de informações importantes sobre a saúde dos idosos e trabalho de forma multiprofissional. Assim permitiu o trabalho integrado do médico, enfermeira, técnicos em enfermagem, ACS e recepcionistas da UBS. Cabendo a enfermeira gerenciar e coordenar as atividades da ação programática, bem como auxiliar nos grupos realizados para promover saúde aos idosos. Coube ao médico o atendimento clínico e devido tratamento. Outro profissional que se envolveu na intervenção foram os ACS que ajudaram no rastreamento dos idosos de maior risco e também atuaram na busca ativa dos idosos faltosos, além de irem com a equipe médica e de enfermagem às visitas domiciliares, nos orientando na área de abrangência da UBS. Salientando que o trabalho de toda equipe foi realizado de forma humanizada, favorecendo ao idoso o acesso ao serviço de saúde de

qualidade, e ainda permitindo que o usuário se sinta bem dentro do ambiente da UBS.

Antes da intervenção, as atividades de atenção ao Idoso eram concentradas no médico, de forma que sobrecarregavam o profissional com tarefas que poderiam ser descentralizadas da figura deste profissional. Com a implantação de protocolos e o auxílio de toda a equipe conseguimos fazer um trabalho de qualidade aos idosos que chegaram até nós sem termos a limitação de tempo, o tempo nos limitou apenas quantitativamente. A qualificação do registro e o agendamento dos idosos viabilizou, a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea. A classificação de risco permitiu definir quais os usuários deveriam ter o atendimento realizado prioritariamente pelo serviço, promovendo a equidade. O serviço se beneficiou com a melhora do agendamento e nos registros, com uso de prontuários sempre bem preenchidos e de forma completa e a adoção de fichas-espelho, que ajudaram no controle, monitoramento e avaliação da intervenção.

O impacto da intervenção ainda é pouco percebido pela comunidade. Porém os Idosos demonstraram satisfação com a prioridade no atendimento, já que são frequentes usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), mas muitas vezes tem dificuldade de acesso ao serviço. Mas creio que se continuarmos o projeto e se fizermos um estudo quantificando a melhora da qualidade de vida do idoso na área de abrangência da UBS, obteremos resultados positivos. A comunidade ganhou com a intervenção um atendimento mais integral e uma atenção e acompanhamento em saúde de forma mais continuada. Teve acesso a encontros de promoção de saúde, incentivando o autoconhecimento e o autocuidado. A atenção domiciliar foi muito importante para que houvesse um acompanhamento da saúde dos acamados ou com dificuldades de locomoção.

Observando os resultados, podemos perceber que faltou o profissional da área de odontologia para dar seguimento às metas da intervenção. Esse ponto servirá de discussão caso o projeto continue a ser implementado, necessitando de um olhar abrangente sobre todos os profissionais que estão em falta na UBS, para dar mais vazão à demanda do SUS em todas as áreas de saúde.

Na minha visão, se a intervenção continuar não poderão cessar as reuniões que foram realizadas com os idosos, foram levantadas muitas questões de prevenção e tratamento adequado das doenças, bem como a importância de se

tomar medicações no horário correto e de maneira correta, tivemos um retorno positivo por parte desses idosos.

No próximo mês, pretendemos realizar um trabalho em conjunto com a equipe para que tomemos ações que permitam a manutenção do programa de melhoria da atenção ao idoso continue, sem prejudicar a qualidade que alcançamos ou o andamento da UBS, já que nossa participação encerra-se em futuro próximo.

4.3. Relatório da Intervenção para os Gestores

No ano de 2013, foi realizada uma intervenção na UBS SANSCA, que tinha como objetivo geral a melhoria na qualidade de atendimento aos idosos da área de abrangência da UBS e cadastrados no programa. Ao final das atividades da intervenção foi possível perceber melhorias na qualidade da atenção em saúde ao idoso, que era precária na UBS antes da intervenção, já que esse grupo não contava com nenhuma estrutura ou ação que os beneficiasse.

A intervenção teve por objetivo aumentar a cobertura e melhorar a qualidade do cadastro e das avaliações desse grupo de usuários do Sistema Único de Saúde. Com relação ao indicador de ampliação da cobertura, podemos observar que obtivemos um sucesso parcial, devido à limitação do tempo de duração da intervenção, em que optamos por qualificar o atendimento e não atender uma grande demanda. Já que a intervenção tem um caráter de implantação e implementação de ações, deveria ter qualidade e de fato beneficiar seus usuários para que a intervenção tenha bases consolidadas, e possa ter uma continuidade, melhorando, no futuro, os indicadores de saúde da área de abrangência da UBS, e, se for além da Unidade de Saúde, poderá alterar os indicadores de todo o município. Obtivemos um aumento de cobertura para 39,8%, como vemos pelo gráfico abaixo.

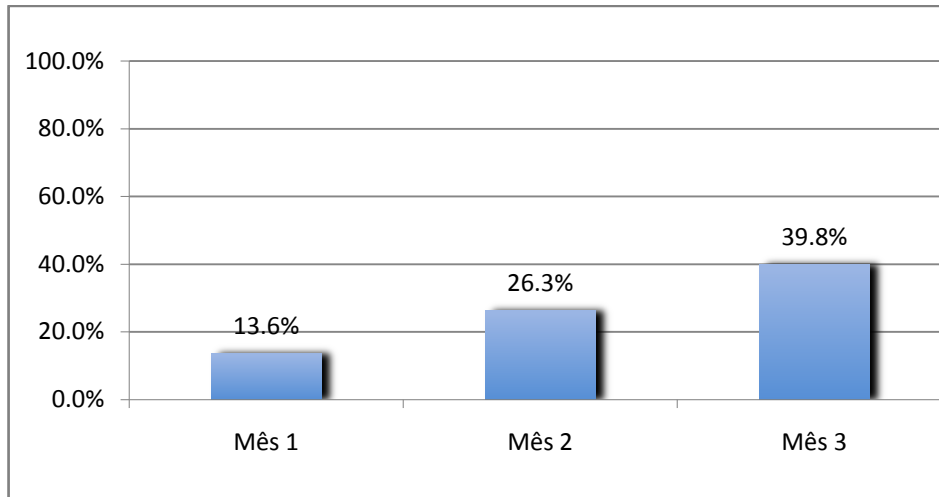


Figura 4– Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na Unidade de Saúde

Os idosos são um grupo seletivo de usuários frequentes dos serviços de saúde, tanto ao nível primário como o secundário, e sendo a UBS a porta de entrada do Sistema Único de Saúde, essa população precisa de um atendimento individualizado e humanizado, garantindo assim a prevenção e o tratamento das patologias mais comuns na terceira idade.

Em relação a melhorar a qualidade do serviço, podemos afirmar que obtivemos um ótimo resultado, já que durante a intervenção o idoso pode ter uma classificação de risco, identificando para os profissionais da área de saúde quais dos idosos precisam de um atendimento prioritário entre os demais idosos, respeitando, assim, o princípio da equidade. Como vemos pelo gráfico abaixo, 100% dos idosos foram rastreados para Hipertensão e Diabetes, duas das doenças crônicas entre as mais prevalentes e com riscos de morte e morbidades.

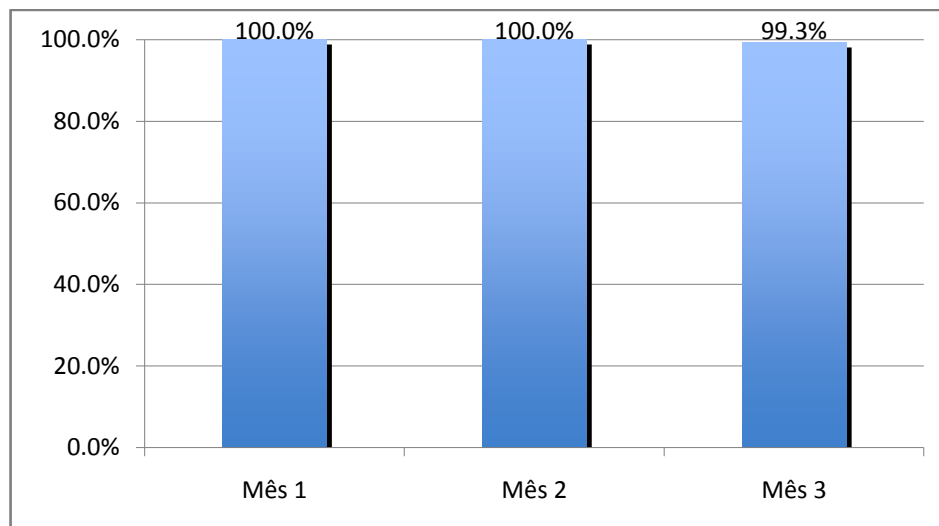


Figura 5– Proporção de idosos rastreados para Hipertensão arterial e diabetes

A ficha espelho foi adota como rotina nos atendimentos, pois continha informações importantes para guiar o tratamento e o cuidado integral do idoso, destacando sempre os pontos que precisavam ser observados com mais detalhes. A ficha espelho registrava desde exames laboratoriais, exame clínico, até as avaliações de risco e avaliação social. Penso que se essa ficha continuasse a ser utilizada poderia ser usada como roteiro para a consulta de todo idoso, tornando, assim, todas as medidas rotineiras e adequadas ao determinado idoso, pois essa ficha pode guiar com tranquilidade as consultas. A ficha espelho mostra, ainda, quais eram as condições do idoso na consulta anterior, e quais medicações haviam sido trocadas ou acrescentadas. As informações contidas nela eram de fácil acesso para posterior consulta de dados.

Outro fator importante a se salientar é que todos os idosos (100%) receberam orientações nutricionais e sobre atividades físicas, tanto individualmente quanto nos grupos realizados ao longo da intervenção. Informações como essas atividades acrescentaram qualidade de vida aos usuários inclusos no projeto. Essas informações, de caráter de prevenção ou de tratamento, devem ser sempre repassadas, porém, muitas vezes na rotina das UBS, tais informações não são adequadamente transmitidas por falta de tempo. Mas como durante a intervenção priorizamos a qualidade foi possível a prática dessa ação bem como a sua manutenção, sem maiores dificuldades.

Houve um aumento no cadastro de idosos acamados da área de abrangência, passando a uma cobertura de 60,1%, como se percebe no gráfico abaixo.

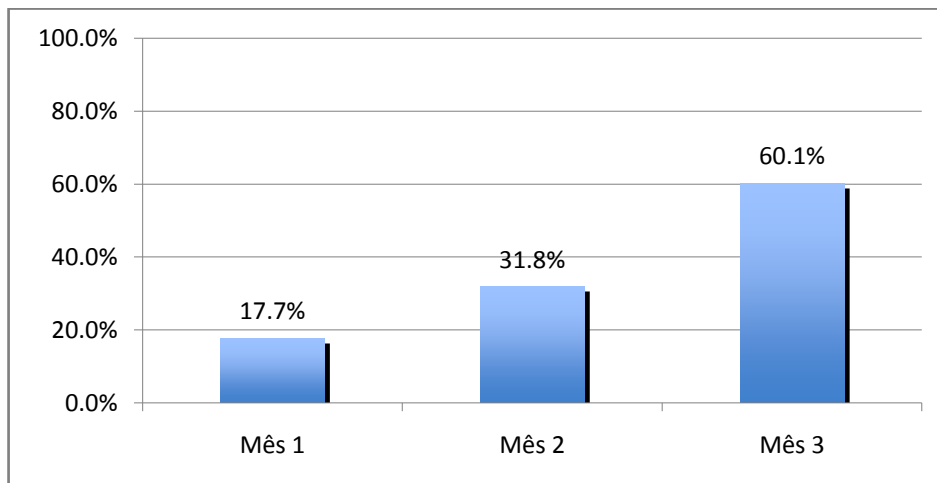


Figura 6– Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados

Dos idosos acamados ou com dificuldade de locomoção cadastrados no programa, 100% receberam visitas domiciliares.

Pudemos melhorar a adesão ao tratamento com a busca ativa a 100% dos faltosos, com reagendamento de consultas, para que não interrompessem o acompanhamento na UBS. Tivemos uma evolução favorável com relação à Avaliação Multidimensional Rápida, alcançando 74,5% dos idosos ao final de 3 meses.

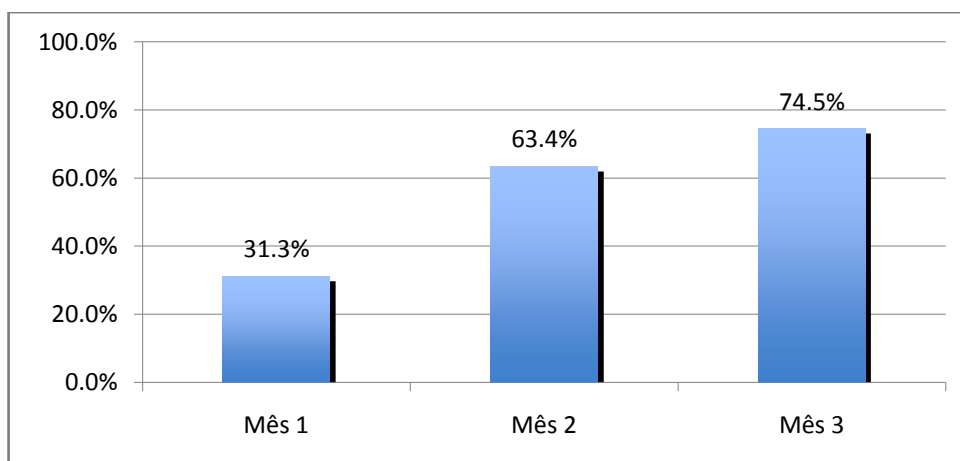


Figura 7- Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

Conseguimos, também, 100% dos idosos com exame clínico apropriado em dia, além de aumentarmos consideravelmente a proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia

(88,9%), além de uma proporção de 89,6% de idosos com acesso à medicamentos prescritos, e 94,3% dos idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa preenchida e atualizada. Foram avaliados para risco de morbimortalidade 90,8% dos idosos cadastrados.

Com a ajuda do programa e as orientações necessárias do curso conseguimos implantar um novo método de acompanhamento do idoso, com uma maior abrangência em seu cuidado de saúde, priorizando a integralidade do atendimento. Os resultados concretos, mostrando melhora dos indicadores em saúde da área da UBS, virão no futuro com a implementação efetiva da intervenção, e com sua continuidade. Apesar do tempo curto da intervenção, cada idoso que era atendido dentro desse programa se beneficiou enormemente, e a equipe nos repassou o quão importante acharam que foi o projeto, além das mudanças que puderam notar no próprio trabalho e com os usuários. Por isso, destaco novamente a necessidade da continuação do trabalho. Tivemos dificuldade com as ações em saúde bucal, devido à falta de profissionais da odontologia na UBS.

Para a devida continuidade é necessário mais equipes de Estratégia Saúde da Família, e um profissional odontólogo, para dedicar-se ao programa e então, conseguirmos concretizar todas as metas. Essas medidas, se adotadas com efetividade, possibilitarão melhorarmos a qualidade do atendimento, mapear as doenças mais prevalentes na área da UBS, para atendermos com mais equidade a nossa população.

4.4. Relatório de Intervenção para a Comunidade

No ano de 2013, realizamos uma intervenção na Unidade de Saúde Sansca com os idosos da área. Essa intervenção é um conjunto de atividades para a melhoria dos cuidados com a saúde dos idosos. Ao final das atividades decorrentes das ações que realizamos na Unidade de Saúde pudemos observar inúmeras melhorias, graças à equipe da UBS e à com que nos recebeu para o trabalho, entendendo a importância da intervenção.

Em relação às ações que pretendíamos fazer, tivemos algumas dificuldades, principalmente quanto ao tempo de duração do programa, desse modo o número de idosos não foi tanto quanto esperávamos, mas a qualidade do atendimento não foi prejudicada. Cada um teve seu cadastro realizado, e foi devidamente avaliado.

Foram realizadas também orientações para prevenção de doenças, e orientações sobre o tratamento das doenças que eles já apresentavam. Foram revisadas as medicações utilizadas, e observado se tinham ou não acesso fácil aos medicamentos. Os idosos foram bem examinados, receberam visitas domiciliares quando precisavam, foram avaliados se tinham risco de adoecerem, foram examinados para descobrir se tinha pressão alta ou diabetes. E todas essas informações foram anotadas na Caderneta de Saúde do Idoso que quase todos receberam. Este documento é muito importante, pois mostra como está a saúde de cada um.

Algumas das ações que pretendíamos fazer no início do trabalho não puderam ser cumpridas, por falta de profissionais que pudessem estar acompanhando o programa, como exemplo, o atendimento da odontologia. Mas as atividades que competiam aos profissionais ligados à intervenção foram feitas com muita qualidade, preocupando-se com cada um dos idosos e com aquilo que necessitam, principalmente porque precisam de uma atenção especial devido as suas condições de saúde e um maior número de doença por causa do envelhecimento.

Então, a intervenção com os idosos foi muito produtiva e fez com que o atendimento na Unidade de Saúde se torna-se ainda melhor. Esperamos que continue sempre melhorando ainda mais daqui para frente.

Por fim, gostaria de agradecer a comunidade, que permitiu que desenvolvêssemos este trabalho tão importante para o cuidado com os nossos idosos. Quero ainda levantar a reflexão de que os nossos idosos precisam não só da UBS, mas de todo o apoio da Comunidade para que eles tenham uma melhor qualidade de vida.



Fotografia 2– Reunião da ESF com lideranças comunitárias locais.

5. Reflexão crítica sobre o meu processo de aprendizagem

Ao iniciar o curso de especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas, percebi que o trabalho não seria tão fácil, primeiramente pela falta de estrutura da própria Unidade de Saúde, já que ela era considerada uma Unidade de Pronto Atendimento e não tinha equipes de Estratégia Saúde da Família, logo as equipes não estavam preparadas para a intervenção que se iniciaria. Mas esse desafio foi vencido, a equipe se mobilizou e conseguimos iniciar a intervenção, sempre discutindo o que precisava melhorar, além das reuniões, onde toda a equipe recebia instruções e aprendia qual era a forma mais adequada para melhorar o atendimento aos idosos da nossa Unidade.

Essa etapa foi gratificante, pois tive um crescimento pessoal importante, bem como toda a equipe que mostrou um retorno positivo ao seu trabalho.

Outro fator que me exigiu atenção foi a programação da rotina que adotaríamos para a melhor cobertura e atendimento aos usuários inclusos na intervenção, mas esse também foi um ponto em que obtivemos sucesso, conseguimos organizar o serviço, organizar os cadastros e melhorar a qualidade do atendimento de cada idoso, individualizando o cuidado.

Foi um grande desafio lidar com a terceira idade e com os efeitos do envelhecimento da população, que me exigiu um estudo cuidadoso dessa parcela da população, o que me acrescentou muito conhecimento a essa área. Realmente este trabalho me proporcionou crescimento profissional e humano para lidar com o dia-a-dia do atendimento na atenção primária, aprendendo com as limitações e com os colegas.

6.Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica _ Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica _ Diabetes Mellitus. Brasília, 2006

BERTOLAMI, Marcelo Chiara. Fatores de risco e estratégias preventivas: intervenções populacionais. In: GIANINI, Sergio Diogo; FORTI, Neusa. Cardiologia preventiva. São Paulo: Atheneu, 2000.

CAMARANO, Ana Amélia. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, Elizabete Viana et al. (Orgs.) Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

CAMARANO, Ana Amélia (Org.). Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60. Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

RAMOS, Luiz Roberto. Epidemiologia do envelhecimento. In: FREITAS, Elizabete Viana et al. (Orgs.) Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.


BRASIL.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento / Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12– Brasília , 2010.

ANDRADE, L. O. M. et al. A Estratégia Saúde da Família. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. (eds.) Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal – Brasília,2006

DUNCAN, Bruce B. Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. In: SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J.; Seção VI:Atenção à Saúde do Idoso. 4ª Ed. Porto Alegre, 2013

Anexos

Anexo C- Documento do Comitê de Ética

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

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.


Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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



Apêndice

ApêndiceA – Material de divulgação utilizado para orientação dos Idosos

DIABETES MELLITUS TIPO 2



10 PASSOS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL






OBESIDADE



EVITE A OBESIDADE

PIRÂMIDE ALIMENTAR ADAPTADA

GUIA PARA ESCOLHA DOS ALIMENTOS



O número máximo de porções de cada grupo alimentar fornece 2.500 Kcal / dia para adultos saudáveis com atividade física moderada.



EXEMPLOS DE PORÇÕES DE ALIMENTOS

| | |
|---|-----------------------|
| Cereais, pães, tubérculos e raízes (5-9 porções) | |
| Arroz branco / Macarrão | 4 colheres de sopa |
| Batata cozida | 1 ½ unidade |
| Bolacha cream-cracker | 5 unidades |
| Aveia em flocos | 2 ½ colheres de sopa |
| Pão caixinha | 1 unidade |
| Hortaliças (4-5 porções) | |
| Vegetal A | |
| À vontade, Alface, tomate, abobrinha, cebola, brócolis, espinafre, pepino, agrião, repolho, couve | |
| Vegetal B | |
| Abóbora cozida | 2 colheres de sopa |
| Cenoura cozida picada | 1 ½ colheres de sopa |
| Beterraba cozida | 3 fatias |
| Chuchu cozido | 2 ½ colheres de sopa |
| Frutas (3-5 porções) | |
| Banana ou maçã | 1 unidade |
| Laranja ou pêra | 1 unidade |
| Pêssego | 2 unidades |
| Mamão | 1 fatia |
| Leite e produtos lácteos (3 porções) | |
| Leite desnatado | 2 xícaras de chá |
| Leite integral | 1 xícara de chá |
| Queijo prato | 1 ½ fatias |
| Iogurte desnatado frutas | 1 ½ copo de requeijão |
| Carne e ovos (1-2 porções) | |
| Carne moída refogada | 3 ½ colheres de sopa |
| Bife | 1 unidade pequena |
| Frango sem pele | 1 sobrecoxa ou 1 coxa |
| Leguminosas (1 porção) | |
| Feijões, lentilha, ervilha seca | 1 concha média |
| Óleos e gorduras (1-2 porções) | |
| Óleo vegetal | 1 colher de sopa |
| Margarina | ½ colher de sopa |
| Açúcares e doces (1-2 porções) | |
| Açúcar refinado | 1 colher de sopa |
| Mel | 2 ½ colher de sopa |

CIRCUNFERÊNCIA DA CINTURA

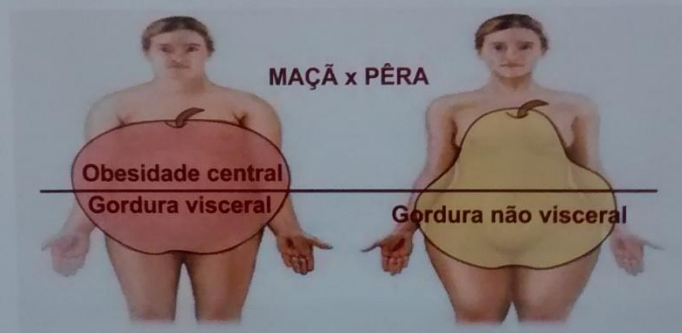
O QUE É?

A medida da cintura indica o grau de risco que a gordura corporal representa para o desenvolvimento de doenças associadas à obesidade.

QUAIS SÃO OS TIPOS:

Andróide: obesidade central, visceral, tipo maçã;

Ginecóide: obesidade depositada nos quadris e membros, tipo pêra;



QUAL A IMPORTÂNCIA?

A obesidade tipo maçã está associada com várias doenças:

- ➔ Diabetes Mellitus
- ➔ Hipertensão Arterial
- ➔ Dislipidemias
- ➔ Infarto Agudo do Miocárdio

QUAL É A MEDIDA IDEAL?

| SEXO | RISCO | ALTO RISCO |
|----------|-------|------------|
| Mulheres | >80cm | >88cm |
| Homens | >94cm | >102cm |

IMC

Índice De Massa Corporal

O QUE É?

É o indicador usado para avaliar a proporção do peso para a altura, avaliando o estado nutricional.

COMO É CALCULADO?

É dividindo o peso (em quilos) pela altura ao quadrado (em metros):

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso(Kg)}}{\text{Altura(m)} \times \text{Altura(m)}}$$

QUAL A CLASSIFICAÇÃO?

O resultado é em Kg/m²:

| | |
|-------------|--------------------|
| <18,5 | Baixo peso |
| 18,5 a 24,9 | Normal |
| 25 a 29,9 | Sobrepeso |
| 30 a 34,9 | Obesidade grau I |
| 35 a 39,9 | Obesidade grau II |
| >40 | Obesidade grau III |

