

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma nº5**



Trabalho de Conclusão de Curso

**MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO, ESF PROFESSOR MARIANO
DE ANDRADE, BOA VISTA/RR.**

YARITZA RODRÍGUEZ PEÑA

Pelotas, 2015

Yaritza Rodríguez Peña

**MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO, ESF PROFESSOR
MARIANO DE ANDRADE, BOA VISTA/RR.**

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

Orientador: Daiane Dos Santos Borges De Paula Barros

Pelotas, 2015

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

P397m Peña, Yaritzia Rodríguez

Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso, ESF Professor Mariano de Andrade, Boa Vista/RR / Yaritzia Rodríguez Peña; Daiane dos Santos Borges de Paula Barros, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

90 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Saúde do Idoso
4.Assistência domiciliar 5.Saúde Bucal I. Barros, Daiane dos Santos
Borges de Paula, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Ao que veio para dar sentido a minha existência, que justifica as lutas e engrandece as vitórias, meu por que, meu para quê. Meu filho Chris.

Agradecimentos

A Deus, por ter direcionado todos os passos de minha caminhada na busca de realizações.

Ao programa “Mais Médicos para o Brasil” que em parceria com a Universidade Federal de Pelotas, me oportunizou o acesso à especialização em Saúde da Família e um progressivo avanço em minha trajetória profissional.

A minha orientadora Daiane Dos Santos Borges De Paula Barros, pelo profissionalismo e cuidado com que procedeu às inúmeras leituras e correções de meus textos, problematizando-os criticamente, a fim de provocar minhas reflexões e o aprimoramento das idéias. Obrigada pela oportunidade privilegiada de aprender com você.

À equipe 1.2 da ESF Professor Mariano de Andrade, Boa Vista/RR, minha principal colaboradora. Pelo comprometimento e disponibilidade, Obrigada.

Ao meu amado filho, por aceitar com nobreza e humildade minha ausência, ao meu esposo, pelo amor, companheirismo e compreensão, aos meus pais e irmã, pelo exemplo, valorização e respeito pelas minhas escolhas.

“Todos os nossos sonhos podem se tornar realidade; se tivermos a coragem de persegui-los”

Walt Disney

Resumo

PEÑA, Yaritza Rodríguez. **Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso, ESF Professor Mariano de Andrade, Boa Vista/RR. 2015.** 87f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

O crescente aumento da população idosa e os complexos problemas de saúde que a envolvem tornam evidente a necessidade de atenção adequada à sua saúde, exigindo dos profissionais da saúde um tratamento individualizado a este grupo populacional. Nesse sentido, o trabalho de conclusão de curso mostra a experiência vivenciada mediante intervenção direcionada à saúde do idoso, no município de Boa Vista/RR, intitulada “Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso, ESF Professor Mariano de Andrade, Boa Vista/RR”. Esse trabalho foi realizado na Unidade Básica de Saúde (UBS) Professor Mariano de Andrade no município Boa Vista, Roraima, no período de setembro a dezembro de 2014 com 299 idosos adscritos à sua área. O foco da atuação foi a qualificação da atenção e assistência à saúde do idoso, tendo como guias os Cadernos de Atenção Básica produzidos pelo Ministério da Saúde. Mediante análise situacional criteriosa, constatou-se que havia necessidade de melhoria da cobertura, já que no momento não existiam registros dos serviços ofertados à população, pois, a unidade possuía muitas deficiências em cumprir os protocolos do Ministério da Saúde. Alguns problemas incluíram a ausência de agendamento das consultas, planejamento e monitoramento das ações, deficiência nos registros de idosos acamados ou com problema de locomoção, ausência de atenção em saúde bucal, além da dificuldade de acompanhamento adequado dos usuários conforme protocolos oficiais. Após a intervenção, houve melhorias importantes, como a implantação da ficha espelho, ampliação da cobertura, alcançando 28,2% dos 299, e melhoria nos indicadores de qualidade relativos à avaliação multidimensional e avaliação de risco de morbimortalidade, realização de exame clínico apropriado, incremento das visitas domiciliares, realização de busca ativa, atendimento de saúde bucal, criação do grupo de idosos, dentre outras. Acreditamos que este trabalho possibilitou a formação de um vínculo maior com a comunidade e melhoria da qualidade e acessibilidade do serviço de saúde. Concluiu-se que ainda há necessidade de melhorias no serviço e maior envolvimento e comprometimento da equipe, gestão e usuários, promovendo a incorporação e continuidade da intervenção no serviço.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde da família; Saúde do Idoso; Assistência domiciliar; Saúde Bucal.

Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção á saúde do idoso na UBS Professor Mariano de Andrade.....	59
Figura 2	Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia da UBS Professor Mariano de Andrade.....	60
Figura 3	Proporção de idosos com o exame clínico em dia da UBS Professor Mariano de Andrade.....	61
Figura 4	Proporção de idosos hipertensos e/ou diabético com solicitação de exames complementares periódicos em dia da UBS Professor Mariano de Andrade.....	61
Figura 5	Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada da UBS Professor Mariano de Andrade.....	62
Figura 6	Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar da UBS Professor Mariano de Andrade.....	63
Figura 7	Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes da UBS Professor Mariano de Andrade.....	64
Figura 8	Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática da UBS Professor Mariano de Andrade.....	66
Figura 9	Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa da UBS Professor Mariano de Andrade.....	67
Figura 10	Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia da UBS Professor Mariano de Andrade.....	67
Figura 11	Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa da UBS Professor Mariano de Andrade.....	68
Figura 12	Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia da UBS Professor Mariano de Andrade..	69
Figura 13	Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia da UBS Professor Mariano de Andrade.....	70
Figura 14	Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia da UBS Professor Mariano de Andrade.....	71
Figura 15	Proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia da UBS Professor Mariano de Andrade.....	72

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária de Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DM	Diabetes Mellitus
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e/ou diabéticos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio da Saúde da Família
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SISPRENATAL	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas

Sumário

Apresentação	9
1 Análise Situacional	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	11
1.2 Relatório da Análise Situacional	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	20
2 Análise Estratégica	22
2.1 Justificativa	22
2.2 Objetivos e metas	23
2.2.1 Objetivo geral	23
2.2.2 Objetivos específicos e metas	24
2.3 Metodologia	25
2.3.1 Detalhamento das ações	25
2.3.2 Indicadores	44
2.3.3 Logística	48
2.3.4 Cronograma.....	54
3 Relatório da Intervenção.....	55
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	55
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	56
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	57
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	57
4 Avaliação da intervenção.....	58
4.1 Resultados.....	58
4.2 Discussão	72
5 Relatório da intervenção para gestores	75
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	78
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	80
Referências	82
Anexos	83

Apresentação

O presente volume consiste no Trabalho de Conclusão do Curso (TCC) de Especialização em Saúde da Família – Modalidade EAD promovido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) e Universidade Aberta do SUS (UNASUS). Realizou-se uma intervenção direcionada à saúde do idoso, no município de Boa Vista/RR, intitulada **“Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso, ESF Professor Mariano de Andrade, Boa Vista/RR”**

O trabalho está organizado em sete capítulos: Análise Situacional, Análise Estratégica, Relatório da Intervenção, Avaliação da Intervenção e reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem.

A análise Situacional apresenta uma breve análise inicial da Situação da ESF/APS em nosso Serviço. Em seguida, faz uma análise mais aprofundada e sistemática da unidade de saúde onde se desenvolve o trabalho, em relação ao sistema de saúde do município, às características da população, à estrutura da unidade, o processo de trabalho da equipe de saúde e o engajamento público, apresentada no Relatório de Análise Situacional. Por fim, apresenta o Comparativo entre o texto inicial e o relatório da Análise Situacional, identificando as mudanças ocorridas com o processo de análise do funcionamento da unidade.

A Análise Estratégica compreende a elaboração do projeto de intervenção, com a justificativa da escolha do foco de intervenção, os objetivos e metas traçados, a metodologia (ações detalhadas, indicadores e logística) e o cronograma do projeto, o qual foi tomado como base para o desenvolvimento da intervenção.

O relatório de intervenção foi escrito ao final das 16 semanas de intervenção, fazendo o balanço entre as ações realizadas, as ações não realizadas, as dificuldades encontradas e o grau de implementação da intervenção à rotina da UBS.

A Avaliação da Intervenção apresenta os resultados obtidos com a intervenção e a discussão desses resultados, bem como apresenta os relatórios que foram apresentados à gestão e à comunidade.

Por fim, apresenta também a Reflexão Crítica Sobre o Processo Pessoal de Aprendizagem, as referências e anexos.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A unidade de saúde Professor Mariano de Andrade é uma Unidade Básica de Saúde (UBS) tradicional. Está localizada em uma zona urbana de fácil acesso para os usuários, no bairro Caraná, na cidade de Boa Vista, no estado de Roraima.

A unidade tem população de 10 611 habitantes, atendida por duas equipes, cada uma composta por: um médico, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde (ACS). Cada equipe oferece atenção a uma totalidade de 560 famílias, uma média de 140 famílias por ACS, mas, ainda não há cobertura para o total de população da área de abrangência.

Também são oferecidos para a população serviços de odontologia, psicologia, laboratório clínico e vacinação. É importante ressaltar que na UBS trabalham dois dentistas concursados para 20h de serviço semanal e que não fazem parte da equipe da estratégia de saúde da família (ESF). Esses profissionais apenas utilizam do espaço físico da UBS para realizar seu trabalho e até o momento não têm vínculo com a equipe da UBS.

Apesar de acreditarmos que o funcionamento da UBS no sentido geral é bom, precisamos aperfeiçoar nosso trabalho para atingir um grau maior de satisfação das necessidades de saúde da população.

Pela localização da unidade, a demanda espontânea é relevante, pois recebe muitas pessoas do interior, o que gera uma agenda de trabalho lotada, não deixando cobertura, às vezes, para dar suporte a situações apresentadas na equipe.

Os principais problemas de saúde encontrados no nosso trabalho diário são as doenças crônicas não transmissíveis e a atenção à saúde dos idosos.

Contudo, a consulta de puericultura nas crianças menores de um ano, e a prevenção de câncer de colo de útero e de mama são outros dos indicadores deficientes.

Quanto ao trabalho das equipes, considero faltar um pouco de comprometimento por parte dos ACS, que poderia ser atribuídas à falta de conhecimento sobre suas atribuições e responsabilidades dentro da equipe. Todas as semanas são realizadas reuniões de equipe, onde se discute as atividades planejadas para a próxima semana, a identificação de usuários acamados ou com problemas de locomoção que precisam de visita domiciliar, entre outras informações oferecidas pela enfermeira.

Uma das debilidades encontradas é a ausência do NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família- no município, o que compromete a efetividade do trabalho das equipes, considerando a importância que representa essa estratégia para apoiar e aperfeiçoar a ESF.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O Estado de Roraima tem uma população composta por 469.524 habitantes, segundo a estimativa populacional do ano de 2013, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), na qual, Boa Vista capital do Estado concentra o 65,3 % do total, com 308.996 habitantes.

O sistema de saúde no município é composto por: 52 ESF, sendo 32 UBS, 15 Centros de Saúde da Família e 17 Casas de Saúde da família. Há também 07 estabelecimentos em saúde federais, 13 estaduais, 36 municipais e 56 privados. Existem 02 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), um municipal e o outro estadual, mas com pouca disponibilidade de recursos e não há o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).

O serviço hospitalar é formado pelos Hospitais Santo Antônio (pediátrico), Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré, Hospital Geral de Roraima. Esse último com serviço de internação, unidade de cuidados intensivos, laboratório e unidade cirúrgica. Há também o Hospital Coronel Motta, somente para atenção especializada, sem serviço de internação.

A UBS Mariano de Andrade localizado no Bairro Caranã, encontra-se numa zona urbana de fácil acesso para a população, perto de uma das saídas da cidade. O mesmo foi construído baseado no modelo tradicional.

Formada por duas equipes, nossa unidade procura melhorar os indicadores de saúde da nossa população, seguindo as orientações preconizadas pelo SUS. Compostas por um médico, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem e quatro ACS, em cada equipe que presta atenção a uma totalidade de 560 famílias, 140 famílias por cada ACS, mas ainda não têm a cobertura para o total de população da área de abrangência.

Também trabalham outros profissionais da saúde, dois dentistas, uma psicóloga, e uma assistente social, que não formam parte da equipe. A falta dos odontólogos limita o trabalho da equipe em relação à saúde bucal, pois, os dois dentistas são funcionários efetivos, trabalham com carga horária de 20 h por semana cada um e apenas utilizam o espaço físico da UBS, não tendo nenhum vínculo com a equipe da UBS. Dessa forma, não exercem as funções de uma equipe bucal quando está ligada a uma ESF. Também não há vínculo com instituições de ensino.

A unidade oferece atenção a grande quantidade de pessoas que residem fora do território de abrangência, levando em consideração a sua localização, a população que mora no interior realiza o seu atendimento na nossa UBS.

Em relação à estrutura física, a UBS apresenta: Sala de espera, recepção, direção, três consultórios médicos, duas salas de enfermagem, uma sala para a psicóloga, sala de triagem, sala de vacinas, laboratório clínico, sala para curativos, farmácia e copa.

Contudo, não são adequados à realidade local, nem ao quantitativo da população adstrita e ao número de usuários esperados. Além disso, não possui todos os locais requeridos segundo apresenta o Manual de Estrutura Física das UBS, não há sala de reuniões e educação em saúde, sala de nebulização, sanitário para deficientes, banheiro para funcionários e sala para ACS, mas ainda não está de acordo com as normas preconizadas pelo Ministério da Saúde em seu Manual.

Esses locais são necessários, posto que, eles possuam um papel importante no funcionamento adequado da unidade e a sua falta, ocasionam limitações para desempenhar algumas atividades diárias como a aplicação de

nebulizações no espaço adequado e o desenvolvimento das reuniões diárias dos ACS para planejar suas ações. Além disso, contar com banheiro para deficientes físicos com as características necessárias é também uma necessidade a ser levada em consideração.

As deficiências existentes são de conhecimento dos gestores de saúde há muito tempo e ainda não solucionaram nenhum dos problemas apresentados. Temos poucas possibilidades de resolver os mesmos, contudo, buscamos estratégia para minimizá-los: oferecendo as nebulizações na sala de curativo e as reuniões das equipes assim como dos ACS se realizam nos locais disponíveis nesse dia.

Em relação às atribuições das equipes posso destacar como aspectos positivos a realização de todas as ações de saúde estabelecidas para cada funcionário no seu dia a dia. Contudo, devemos assinalar que existem algumas delas que não são feitas adequadamente.

Por exemplo, temos como primeira limitação que os médicos têm uma quantidade diária pré-estabelecida de 20 usuários para atender em cada seção de trabalho, isso atenta contra a qualidade da atenção porque contamos com um tempo limitado para o atendimento. Porém, se surgir alguma urgência/emergência, os usuários agendados dispõem de menor tempo para ser atendidos. Outra questão está relacionada com a ausência de recursos para o atendimento de urgências/emergências. Existem limitações com os medicamentos: recebemos somente uma vez ao mês e em quantidades insuficientes.

Também existe limitação com o traslado dos usuários ao hospital pela demora, desde o momento em que se faz a ligação ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) até a sua chegada, pondo em perigo, às vezes, a vida dos usuários perante a ausência de recursos para realizar o atendimento necessário.

Outra limitação do trabalho para os médicos é não possuir maca ginecológica nas consultas, e havendo a necessidade do exame ginecológico, as usuárias devem ir para o consultório das enfermeiras, interrompendo o seu trabalho, e às vezes aguardar para poder usá-lo, o que aumenta ainda mais o tempo da consulta. Também a ausência dos dentistas nas equipes dificulta o trabalho na atenção à saúde bucal.

A população da área adstrita é de 10.611 habitantes, não contamos com os dados do perfil demográfico (idade/sexo) e não há registro na unidade. Considero que existe sub-registro dos dados populacionais.

Levando em consideração a população da área de abrangência, além dos usuários que faz uso de nossos serviços e não moram na mesma, cada dia representa um desafio, às vezes não sendo suficiente o atendimento da demanda espontânea.

O acolhimento é feito diariamente na recepção seguindo a ordem de chegada. Os usuários são recebidos e realizados uma entrevista para definir a qual serviço da unidade deve ser encaminhado. Apenas os usuários que irão à consulta médica, passam pela sala de triagem onde os técnicos de enfermagem aferem algumas informações que são colocadas no prontuário do usuário. Os outros são direcionados para os locais onde receberão o que precisam, por exemplo, consulta odontológica, vacinas, curativos, exame citopatológico de colo de útero.

Diariamente na UBS existe uma quantidade determinadas de vagas fixas para o atendimento da demanda espontânea, estreitando-se o cronograma para o dia de pré-natal e para o atendimento de hipertensos e/ou diabéticos. Além disso, temos reservadas algumas vagas para atender os casos de Urgência\ Emergência, que venham a ocorrer.

O atendimento à **SAÚDE DA CRIANÇA** em nossa UBS é desenvolvido fundamentalmente pela enfermeira das equipes. Elas realizam a consulta de puericultura e quando detectam algum problema com o crescimento e desenvolvimento da criança, agenda-se a próxima consulta para o médico. Esse tipo de consulta é oferecido uma vez por semana para cada equipe de saúde. As crianças que buscam á UBS por demanda espontânea são atendidas todos os dias.

Além disso, temos uma estimativa de 260 crianças menores de 72 meses e 130 crianças menores de 12 meses. A cobertura para puericultura está baixa em média de 29% para crianças menores de 12 meses. Assim, considero que as ações de atenção a saúde das crianças não estão estruturadas de forma programática, já que não possuímos um registro específico, nem fazemos uso do manual técnico, e também não se realiza monitoramento destas ações. Isso evidencia a falta de rigor no trabalho com esse grupo populacional mais vulnerável.

A UBS apresenta uma porcentagem baixa de atendimento nas consultas de puericultura, o que pode ser produzido por um sub-registro dos nascimentos e ausência da maioria das consultas. Também encontramos a baixa porcentagem de visitas domiciliares aos recém-nascidos. Além disso, temos uma grande dificuldade com a saúde bucal das crianças, pela falta de odontólogos nas equipes.

Como aspecto positivo, posso destacar que sempre oferecemos atendimento à saúde da criança que precisa, apesar de apresentar dificuldades com a cobertura da área por a falta de ACS. Também acho que a população não tem adesão às ações de saúde. São feitas poucas atividades de educação em saúde e, devemos resgatar isso envolvendo todos os profissionais e funcionários da UBS.

Quanto à ação programática **PRÉ-NATAL e PUÉRPERIO**, tem o seguinte comportamento, uma cobertura de 46% e 4 % respectivamente, sendo que das 126 gestantes que são acompanhadas na UBS, somente 43 são da área de abrangência, e as demais residem em área descoberta de ESF. Em relação às puérperas, há registro de apenas cinco puerpérios realizados de usuárias da área de abrangência acompanhada na UBS.

As equipes de saúde discutem permanentemente com a população da área sobre a importância da assistência ao pré-natal e puerpério na unidade de saúde. Mas, considero que deve-se insistir nesse aspecto porque temos uma quantidade de gestantes que faz acompanhamento de sua gestação, na rede privada e em outros postos de saúde. Além de ter o direito de escolher onde preferem ser acompanhadas, é preciso que conheçam a importância de ser feito na unidade correspondente a sua moradia para garantir a qualidade do acompanhamento.

Na unidade se garante o diagnóstico da gravidez mediante o teste para esse fim, a todas as mulheres que apresentam ausência de sua menstruação e suspeita de gestação. Os ACS as identificam nas suas áreas de trabalho, e orientam procurar a UBS para o atendimento precoce, mas como ainda faltam ACS para cobrir a área de abrangência, sabemos que pode existir gestante sem orientação e acompanhamento.

Realiza-se o cadastro da gestante, depois de confirmada a gravidez, por intermédio do preenchimento da ficha de cadastramento do SISPRENATAL (Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento). É feito a classificação do risco gestacional (em toda consulta) e

encaminhamento, quando necessário, ao pré-natal de alto risco ou a urgência/emergência obstétrica.

O acompanhamento periódico e contínuo de todas as gestantes não é feito em intervalos preestabelecidos, porque temos muitas delas que moram fora de nossa área e faz acompanhamento no posto. Às vezes, não comparecem à consulta e nem se podem fazer as suas visitas domiciliares.

No atendimento oferecido realiza-se: a anamnese, exame físico e revisão dos exames complementares indicados, além de imunização antitetânica e para hepatite B. Também é realizado a prevenção do câncer de colo de útero e de mama, avaliação do estado nutricional e acompanhamento do ganho de peso, atenção á adolescentes conforme suas especificidades, realização de práticas educativas assim como o incentivo ao parto normal e á redução da cesárea. Ao chegar as 41 semanas da gestação, as grávidas são encaminhadas para o atendimento especializado até finalizar a mesma.

Considero que as ações de atenção às gestantes estão bem estruturadas e de forma programática, sendo um dos programas mais completos em relação à qualidade dos registros e organização das ações, assim como comprometimento das equipes para garantir um trabalho de qualidade.

Quanto ao puerpério não existe registros. O que evidencia a debilidade existente nesta ação programática, sendo importante planejar uma estratégia de trabalho para melhorar os indicadores de cobertura e qualidade do puerpério, levando em consideração a importância da recuperação saudável da mulher depois do parto.

Em relação à **PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO** temos somente um registro, daquelas mulheres que faz o exame citopatológico do colo de útero. Ao chegar os resultados são colocados neste registro. Os casos positivos são encaminhados para o médico geral e especialista, no Centro de Referência da Mulher.

Uma dificuldade detectada foi que todas as mulheres estão no registro misturado as que são da área de abrangência e as que não são. Isso dificultou o trabalho para a análise dos indicadores de qualidade, pois, não foi possível obter o número de mulheres acompanhadas por essa ação programática.

Considero que o trabalho deve ser melhorado. É preciso conhecer o total das mulheres da faixa etária para cada equipe. Continuar orientando a população, nas visitas domiciliares, sobre a importância de fazer o exame. Agendamento por parte dos ACS, das mulheres que ainda não tem feito o exame e desejam fazê-lo. Além disso, acho que as equipes devem ter o domínio sobre qual é a porcentagem do cumprimento do Programa, tendo em conta os exames feitos, com a quantidade de mulheres que teriam que fazê-los.

Em relação à estratégia que se pode utilizar na UBS para não perder o seguimento de mulheres com exame alterado já está estabelecida, que é a contra-referência que deve existir do especialista para os médicos da Atenção Básica para o acompanhamento na UBS. Essa estratégia não funciona e quando são feitas as visitas domiciliares, as usuárias, na maioria das vezes, nem conhecem o tratamento que foi indicado. Temos falado com os gestores de saúde sobre o problema das contra-referências, mas ainda não se resolve.

Em relação ao **CONTROLE DO CÂNCER DA MAMA** também não contamos com o registro das mulheres na faixa etária solicitada pelo programa. O atendimento é feito pelos médicos e pelas enfermeiras. Das usuárias que vão fazer o exame citopatológico e encontra-se nessa faixa (50 a 69 anos), a enfermeira solicita a avaliação do médico para realizar a mamografia de rastreamento. Também orienta sobre a realização do auto-exame de mamas explicando a importância da detecção precoce de qualquer alteração. Contudo, não há na UBS nenhum registro específico para monitoramento dessa ação, e assim não foi possível identificar o número de mulheres que estão acompanhadas nessa ação programática.

Na consulta médica é feito o exame clínico das mamas, explora-se a presença de fatores de risco e se indicam os exames complementares para cada caso (USG, mamografia). Uma vez que chega o resultado, se apresentar alguma alteração faz-se o encaminhamento necessário. Temos dificuldades com a contra-referência quando são atendidas pelo especialista. Também temos insistido neste aspecto com os gestores de saúde, sem resultados ainda.

Considero importante recuperar o dia de atendimento à saúde da mulher, porque não existe. Devemos continuar informando aos gestores a importância deste, para melhorar a qualidade e cumprimento do Programa.

Em relação à atenção a usuários com **HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS) E/OU DIABETES MELLITUS (DM)** é um grave problema em nossa área, tem alta prevalência e baixas taxas de controle. Nossas equipes apresentam registro dos usuários portadores dessas doenças apenas em prontuários, não havendo um arquivo específico para controle e monitoramento. Desse modo, foi difícil obter o número de usuários em acompanhamento na UBS para essa ação programática.

A estimativa do número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área, não é adequada a nossa realidade porque na unidade são atendidos usuários que moram fora da área, e outros que ainda não foram cadastrados. O atendimento é realizado pelos médicos e pelas enfermeiras das equipes, tendo um dia pré-estabelecido para consulta de acompanhamento de Hipertensos e/ou diabéticos, mas a maioria dos usuários chega como demanda espontânea.

De forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção à Hipertensão Arterial Sistólica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), considero que devemos capacitar os ACS para realizar o registro adequado da população com doenças crônicas, assim como prepará-los para oferecer conversas sobre as mudanças no modo e estilo de vida das famílias.

Acho que um dos problemas que está afetando muito a qualidade do atendimento é a quantidade de usuários planejados para cada seção de trabalho, planejam-se 16 ou 20 deles para um turno de trabalho, porém não se pode realizar uma consulta integral como deve ser feita. Outra dificuldade é a pouca disponibilidade de medicamentos para esta doença, e os que existem na unidade têm a data de vencimento próxima, o que acarreta, às vezes, dos usuários buscarem outros serviços para adquiri-los, e não retornam à unidade para o controle. Não há planejamento nem monitoramento das ações de saúde para a população Hipertensa e Diabética.

Em relação ao atendimento dos usuários **IDOSOS**, na UBS não existe registro. A estimativa do número de idosos residentes na área não é adequada a nossa realidade porque na unidade são atendidos usuários que moram fora da área, e outros que ainda não foram cadastrados. Levando em consideração que não contamos com os ACS para cobrir toda a área adstrita, logo não temos o registro do

total de pessoas dessa faixa etária, e também não foi possível identificar o número de idosos acompanhados nessa ação programática.

De forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção aos idosos considero que devemos fazer múltiplas ações. O primeiro é orientar, nas reuniões da equipe de ACS a realização do registro dos idosos da sua área correspondente. Também a identificação daqueles que precisam de atendimento diferenciado por apresentar alguma doença ou incapacidade para ir ao posto de saúde.

Posteriormente uma identificação em conjunto com o Projeto Terapêutico Singular para cada usuário que apresente alguma situação de maior gravidade ou risco, definindo atividades, metas e responsáveis. Esse projeto deve ser acompanhado pelo ACS, que é a pessoa mais perto diariamente no convívio com os idosos na comunidade.

Além disso, é importante conscientizar, nas reuniões da equipe sobre a importância de cumprir com o estabelecido pelo Programa de Atenção à Saúde dos Idosos. Resgatar o agendamento das consultas para eles de acordo com o programa e fazer a estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, a avaliação do estado funcional, cognitivo, suporte disponível (família, amigos, vizinhos), ambiente (barreiras na manutenção da independência ou risco de segurança).

Finalizando podemos concluir que temos adiante um grande desafio, em vista das nossas debilidades. O nosso melhor recurso é contar com uma equipe comprometida a realizar as mudanças que forem necessárias para garantir um atendimento de ótima qualidade e assim alcançar resultados positivos.

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

Considero que o Relatório da Análise Situacional é muito superior ao texto inicial sobre a situação da APS/ESF, levando em consideração que foi realizada uma análise e avaliação mais profunda da situação real existente na UBS, revisando cada um dos Programas preconizados pelo Ministério da Saúde para a Atenção

Básica, as fortalezas e debilidades existentes, assim como as possíveis estratégias de solução, segundo nossa governabilidade. No texto inicial não foi realizado uma análise profunda, somente aporta uma pequena idéia das características estruturais da UBS e o funcionamento dos serviços de saúde, através de um ponto de vista menos amplo e detalhado.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

O envelhecimento da população é, sem dúvida, um processo que acontece de forma inevitável. Muitas pessoas idosas são acometidas por doenças e agravos crônicos não transmissíveis, que podem gerar um processo incapacitante, afetando sua funcionabilidade, dificultando ou impedindo o desempenho de suas atividades cotidianas (BRASIL, 2013).

O objetivo da intervenção é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, nossos idosos possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível.

Com o decorrer do tempo, o trabalho desenvolvido na nossa unidade, tem identificado muitas debilidades no atendimento realizado com a população idosa, pois, não existem registros. Além disso, há usuários, os quais, o envelhecimento natural é considerado como uma doença, e possuem muitos exames e tratamentos desnecessários. Nas visitas domiciliares realizadas aos nossos idosos temos identificado as necessidades específicas de muitos deles, e oferecendo um suporte mais adequado, com resultados positivos em pequeno espaço de tempo.

Planejar, programar e realizar ações que envolvem a atenção à saúde da pessoa idosa, identificar e acompanhar idosos frágeis ou em processo de fragilização, conhecer os seus hábitos de vida, valores culturais, éticos e religiosos, prestar atenção contínua integral às suas necessidades de saúde, foi o que motivou a nossa equipe na escolha da ação programática – Atenção à Saúde do Idoso.

A Unidade Básica de Saúde é grande, com a maioria dos serviços, incluindo laboratório clínico, serviço odontológico, sala de vacinas, farmácia, sala para

curativos, recepção. A equipe está constituída por médico, enfermeira, quatro ACS e dois técnicos de enfermagem. Na UBS trabalham outros profissionais, como psicólogo e trabalhador social. O total da população da área adstrita atendida na UBS é de 10611 habitantes.

Nossa equipe não possui registros da população alvo, não sendo possível ter uma caracterização da nossa população. Contudo, todos os usuários que procuram nossa UBS são atendidos com ótima qualidade, mesmos os que são da área descoberta ou dos municípios vizinhos, são acolhidos e identificado qual é o serviço solicitado, posteriormente orientados e encaminhados para garantir satisfazer suas necessidades. No momento ainda não temos criado os grupos operativos, somente as ações de promoção realizada são as que se oferecem durante as consultas.

A ação programática saúde do idoso têm um baixo grau de implementação na minha UBS, já que somente realiza-se o atendimento da demanda espontânea desse grupo etário, e as visitas domiciliares quando é solicitado pelos familiares, não há dia de consulta planejado no cronograma.

A equipe encontra-se comprometida, e muitas das nossas dificuldades podem ser solucionadas, como por exemplo: a falta de registros, identificação de idosos frágeis, planejar o dia de atendimento ao idoso, desenvolver ações educativas relativas à saúde da pessoa idosa.

Contudo, existem algumas limitações que dificultam um pouco a realização da intervenção como: a falta de ACS, uma demanda espontânea muito grande, a falta de geriatra no município, e o comprometimento dos dentistas, que não se encontram vinculados a Estratégia da Saúde da Família e só atendem a demanda espontânea, e até mesmo a existência de outras ações programáticas que também precisam de melhorias.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1. Objetivo Geral:

- Ampliar a cobertura e melhorar a atenção à saúde dos idosos da área de abrangência da ESF Professor Mariano De Andrade.

2.2.2 Objetivos Específicos:

- Ampliar a cobertura dos idosos.
- Melhorar a qualidade da atenção dos idosos.
- Melhorar a adesão dos idosos ao programa.
- Melhorar o registro das informações.
- Mapear os registros de risco de morbimortalidade e para fragilidade na velhice.

2.2.3. Metas:

Objetivo 1- Ampliar a cobertura dos idosos.

1.1. Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 50%.

Objetivo 2 - Melhorar a qualidade da atenção dos idosos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 3- Melhorar a adesão de idosos ao programa.

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

Objetivo 4- Melhorar o registro das informações

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.

Objetivo 5- Mapear os idosos de risco de morbimortalidade e para fragilidade na velhice.

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

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

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

Objetivo 6- Promover a saúde dos idosos.

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

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

6.3. Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados que passarem por atendimento odontológico.

2.3. Metodología

A intervenção será realizada em um período de 16 semanas, que se propõe desenvolver ações na ESF Professor Mariano de Andrade, do município de Boa Vista estado de Roraima, no sentido de melhorar a Atenção á Saúde dos Idosos da sua área de abrangência.

2.3.1 Detalhamento das Ações

Para alcançar os objetivos propostos nesta intervenção as ações correspondentes a cada objetivo foram organizadas em quatro eixos estruturais:

monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica.

Objetivo 1- Ampliar a cobertura dos idosos

Monitoramento e avaliação.

Ação

- Monitorar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde periodicamente.

Detalhamento

Criar uma equipe formada pela médica e enfermeira, para monitorar e avaliar mensalmente a cobertura dos usuários idosos com acompanhamento na UBS. Essa ação será realizada no horário habitualmente utilizado para reuniões de equipe ao final do expediente, a enfermeira e/ou a medica fará uma revisão dos registros de cobertura de todos os ACS, investigando as causas na demora no cadastro dos idosos, e as possíveis soluções.

Organização e gestão do serviço.

Ação

- Acolher aos idosos.

Detalhamento

O acolhimento será realizado diariamente pelos técnicos de enfermagem, e a enfermeira na UBS.

Ação

- Cadastrar todos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde.

Detalhamento

Cadastrar o total da população idosa da área da abrangência, no primeiro momento, da população das áreas cobertas. Todos os ACS têm 150 famílias cadastradas. Além das visitas habituais, os ACS visitarão dez famílias por semana para revisão e atualização do cadastro, conseguindo dessa forma, completar o cadastro em 15 semanas, levando em consideração que somente serão cadastrados os idosos de cada família, e nem todas as famílias têm idosos, há previsão e terminar esses cadastros antes das 15 semanas.

Engajamento público.

Ação

-Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde.

-Esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde.

Detalhamento

Esclarecer-se-á mediante palestras na comunidade, a existência e funcionamento na UBS do Programa de Atenção ao Idoso. Informar que a equipe tem planejado no seu cronograma de atendimento, uma sessão de trabalho a cada semana para o atendimento da pessoa idosa.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

Ação

- Capacitar a equipe no acolhimento aos idosos.

Detalhamento.

Capacitar-se-á mensalmente na reunião de equipe sobre o acolhimento aos idosos.

Ação

-Capacitar os ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço.

Detalhamento

Realizar-se-á mensalmente na reunião de equipe, a capacitação de todos os ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço.

Ação

- Capacitação da equipe da unidade de saúde para a Política Nacional de Humanização.

Detalhamento

Realizar oficinas mensalmente na reunião de equipe, onde exista participação ativa de toda a equipe.

Objetivo 2 - Melhorar a qualidade da atenção dos idosos

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

Ação

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

Detalhamento

Criar uma equipe formada pela médica e a enfermeira, para revisar os prontuários mensalmente, mediante a revisão dos prontuários, e a ficha espelho.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação.

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento

Definir na reunião da equipe da primeira semana de intervenção, quais são as atribuições de cada membro da equipe.

Ação.

- Garantir busca a idosos que não realizaram exame clínico apropriado.

Detalhamento

Será realizada diariamente pelos agentes comunitários de saúde, a busca ativa dos idosos que não tem realizado o exame clínico apropriado.

Ação.

- Organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e/ou diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento

Garantir oito vagas semanalmente na agenda das consultas destinado ao HIPERDIA, para os idosos hipertensos e/ou diabéticos, que serão agendados pelos ACS nas visitas domiciliares.

Ação.

- Garantir a referência e contra-referência de usuários com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades.

Detalhamento

Garantir diariamente na consulta, a referência dos usuários identificados com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades. Continuar insistindo

através dos gestores a importância da contra-referência para o acompanhamento do usuário.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação.

- 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.

Detalhamento

Oferecer palestras mensalmente na comunidade, para orientar os riscos e complicações decorrentes das doenças cardiovasculares e neurológicas. Também estimularemos a população na participação dos grupos de hipertensos e/ou diabéticos criados na UBS.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação

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

Detalhamento.

Será realizado quinzenalmente na reunião de equipe, a capacitação para a realização de exame clínico apropriado, e para o registro adequado dos procedimentos clínicos, com a participação ativa de todos os membros da equipe, segundo as atribuições de cada um.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação

- Monitorar o número de idosos hipertensos e/ou diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde.

Detalhamento

Mensalmente a enfermeira realizará uma revisão dos prontuários e ficha espelho, identificando idosos hipertensos e/ou diabéticos sem exames solicitados segundo protocolo utilizado pela UBS.

ORGANIZACAO DO SERVIÇO

Ação

- Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento

Diariamente em consulta revisar a planilha, e solicitar os exames que ainda não foram realizados ou que teriam que ser repetido segundo protocolo adotado.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação

- Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade e a periodicidade de realização de exames complementares.

Detalhamento

Será orientado mediante a realização de palestras na comunidade, e nas visitas domiciliares.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação

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

Detalhamento

Manter atualização da equipe segundo seja necessário.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação

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

Detalhamento

Criar registro de idosos acamados ou com problemas de locomoção, que será atualizado e monitorado mensalmente nas reuniões de equipe. A enfermeira fará uma revisão dos registros avaliando se a realidade se corresponde com a estimativa para o número de idosos cadastrados.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação

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

Detalhamento

Todos os ACS realizarão o registro dos idosos acamados ou com problema de locomoção que tem na sua área, cada equipe terá um registro de referidos usuários.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação

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

Detalhamento

A comunidade será informada através da realização de palestras, nas visitas domiciliares, durante as consultas diárias e por cartazes afixados na unidade sobre o Programa de Atenção ao Idoso.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação

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

Detalhamento

Essa capacitação será realizada com a periodicidade quinzenal durante as reuniões de equipe.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação

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

Detalhamento

Criar uma equipe formada pela médica e enfermeira, que revisará mensalmente o livro de visitas domiciliares aos idosos acamados ou com problema de locomoção.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação

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

Detalhamento

Planejar um dia de cada mês para realizar visitas domiciliares aos usuários idosos acamados ou com problema de locomoção. Serão planejadas no cronograma de visitas domiciliares das equipes, quatro visitas mensais para o médico e quatro para a enfermeira priorizando os idosos acamados e/ou com problemas de locomoção com maior necessidade de avaliação.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação

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

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

Detalhamento

Essas orientações serão realizadas durante as palestras na comunidade e nas visitas domiciliares.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação

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

- Orientar os ACS para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar.

Detalhamento

Mensalmente nas reuniões de equipe os ACS serão capacitados sobre a importância de manter a pesquisa e cadastro dos idosos acamados ou com problema de locomoção, e também o seu acompanhamento, com o estabelecimento de uma tabela de prioridades.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação

- Monitorar o número idoso submetidos a rastreamento para HAS, periodicamente.

Detalhamento

Criar um registro dos idosos submetido a rastreamento para HAS, e anualmente a equipe de monitoramento (médica e enfermeira) realizará uma revisão dos prontuários.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação

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

Detalhamento

Comprometer os gestores para garantir o material adequado para esse procedimento.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação

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

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

Detalhamento

Essas orientações serão fornecidas através da realização de palestras na comunidade, nas consultas e nas visitas domiciliares.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação

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

Detalhamento

Realizar capacitação semestralmente com a participação ativa de todos os integrantes da equipe.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação

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

Detalhamento

Criar registro de idosos submetidos a rastreamento para DM, semestralmente a equipe de monitoramento (médica e enfermeira) realizará revisão dos prontuários de referidos usuários.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação

- Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM.

Detalhamento

Garantir um sistema de prioridade para os idosos portadores de DM.

Ação

- Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento

Comprometer os gestores para garantir o material adequado para realização do hemoglicoteste na UBS.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação

- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica.

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

Detalhamento

Essas orientações serão fornecidas mediante a realização de palestras na comunidade, no grupo de idoso, nas consultas e nas visitas domiciliares.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação

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

Detalhamento

Realizar oficinas com a participação ativa de toda a equipe, para garantir a realização do hemoglicoteste em idosos de risco, tanto na UBS quanto nas visitas domiciliares.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação

- Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de idosos.

Detalhamento

Orientar a equipe quanto à avaliação das necessidades de tratamento odontológico de idosos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação

- Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde.

Detalhamento

Comprometer todos os integrantes da equipe no acolhimento a idosos na UBS.

Ação

- Cadastrar os idosos na unidade de saúde.

Detalhamento

O cadastramento será feito diariamente pelos ACS, e na busca ativa dos usuários idosos da área de abrangência. Os ACS visitarão dez famílias semanalmente, completando 150 famílias para cada ACS em 15 semanas. Também existirá um registro na recepção para cadastrar aqueles idosos da área de abrangência que chegam por demanda espontânea, quinzenalmente os ACS irão revisar os registros, criando o registro definitivo

Ação

- Oferecer atendimento prioritário aos idosos na unidade de saúde.

Detalhamento

Continuar garantindo o atendimento prioritário aos idosos.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação

- Informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de idosos.

Detalhamento

A comunidade será informada durante as palestras, no grupo de idosos, grupo de hipertensos e/ou diabéticos, nas consultas, e nas visitas domiciliares.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICAAção

- Capacitar a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em idosos.

Detalhamento

Trimestralmente será realizada capacitação nas reuniões de equipe sobre como avaliar as necessidades de tratamento odontológico em idosos.

Objetivo 3 Melhorar a adesão de idosos ao programa**MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**Ação

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela unidade de saúde.

Detalhamento

A equipe de monitoramento (médica e enfermeira), semestralmente realizará revisão dos prontuários, criando um registro dos faltosos para a posterior busca ativa dos mesmos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇOAção

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Detalhamento

Através do registro dos faltosos, este será entregue para todos os ACS, com o nome e endereço dos idosos faltosos da sua área de abrangência. Os ACS identificarão as causas da ausência á consultas programadas, e dependendo das causas serão programadas as visitas domiciliares.

Ação

- Organizar a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento

Garantir oito vagas por semana, 32 por mês, respeitando os dias de pré-natal + puerpério e puericultura.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- Esclarecer os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento

A comunidade será informada pelas palestras, no grupo de idosos, nas consultas e nas visitas domiciliares.

Ação

- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos idosos (se houver número excessivo de faltosos).

Detalhamento

Realizar conversas com a comunidade e o grupo de idosos, buscando o intercâmbio de opiniões para incrementar o resgate dos faltosos.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação

- Treinar os ACS para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento

Capacitar os ACS mensalmente nas reuniões de equipe, sobre orientação de idosos quanto a realização das consultas e sua periodicidade.

Ação

- Definir com a equipe a periodicidade das consultas.

Detalhamento

Na primeira reunião de equipe, definir a periodicidade das consultas, dependendo das particularidades de cada caso.

Objetivo 4 Melhorar o registro das informações

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação

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

Detalhamento

A cada dois meses a médica e a enfermeira, realizarão revisão dos registros.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação

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

- Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento

Capacitar à equipe no preenchimento da planilha/registro, conscientizando e comprometendo a todos sobre a importância do registro das informações.

Ação

- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento

Criar a equipe de monitoramento, e definir um responsável, que terá a tabela com as datas certas do monitoramento dos registros.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação

- 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.

Detalhamento

Essas orientações serão fornecidas pelas palestras na comunidade.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação

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

Detalhamento

Serão realizadas oficinas com a participação ativa de toda a equipe.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação

- Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Detalhamento

Solicitar em todas as consultas a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, revisar o preenchimento dos dados solicitados.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação

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

Detalhamento

Conscientizar os gestores sobre a importância da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, tanto para o idoso quanto para os profissionais da saúde e incentivar a disponibilização da mesma.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

Ação

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

Detalhamento

Os idosos e a comunidade serão orientados durante as palestras na comunidade, na consulta e nas visitas domiciliares.

Objetivo 5 Mapear os idosos de risco de morbimortalidade e para fragilidade na velhice

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação

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

Detalhamento

Realizar revisão dos registros de idoso de risco, e monitorar mensalmente o número de idosos de maior risco de morbimortalidade.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação

- Priorizar o atendimento ao idoso de maior risco de morbimortalidade.

Detalhamento

Planejar na agenda semanalmente o atendimento aos idosos de maior risco de morbimortalidade.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação

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

Detalhamento

Realizar uma primeira capacitação para todos os profissionais da UBS para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa, trimestralmente realizar atualizações segundo a prevalência do risco.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação

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

Detalhamento

A enfermeira revisará mensalmente os prontuários dos idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice.

GESTÃO DOS SERVIÇOS

Ação

- Priorizar o atendimento idoso fragilizados na velhice.

Detalhamento

Orientar a equipe que os idosos fragilizados na velhice serão atendidos no mesmo turno, e nas consultas de seguimento, eles deverão ter o seu retorno agendado.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação

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

Detalhamento

Essas orientações serão realizadas pelas palestras na comunidade, nas consultas, e nas visitas domiciliares

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação

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

Detalhamento

Ao início da intervenção realizar uma capacitação com todos os profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice.

Objetivo 6 Promover a saúde dos idosos

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação

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

- Monitorar o número de idosos com obesidade / desnutrição.

Detalhamento

Mensalmente a equipe de monitoramento realizará revisão dos prontuários dos idosos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação

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

Detalhamento

Capacitar a equipe, nas reuniões para realizar palestras sobre orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação

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

Detalhamento

A comunidade será orientada sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis mediante a realização de palestras na comunidade, nas consultas e nas visitas domiciliares.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação

- 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".

Detalhamento

Mensalmente nas reuniões de equipe serão realizadas capacitações para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável" ou o "Guia alimentar para a população brasileira".

Ação

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

Detalhamento

Os ACS serão capacitados pela médica e enfermeira nas reuniões, afim de que possam realizar palestras, nas quais, oriente aos idosos hipertensos e/ou diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação específica para referido grupo.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação

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

Detalhamento

Revisar mensalmente os prontuários, pela médica e enfermeira, para monitorar a realização de orientação para atividade física regular para todos os idosos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação

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

Detalhamento

No início da intervenção definir com cada um dos membros da equipe qual o seu papel que irá desenvolver na orientação para a prática de atividade física regular.

Ação

- Demandar do gestor municipal parcerias institucionais para a identificação de para realização de atividade física.

Detalhamento

A médica e enfermeira solicitarão junto ao gestor, ao início da intervenção, parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação

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

Detalhamento

Mediante a realização de palestra na comunidade, nas visitas domiciliares e na consulta, orientar sobre os benefícios da pratica regular da atividade física.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação

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

Detalhamento

No início da intervenção na reunião de equipe, capacitar a equipe para orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação

- Monitorar as atividades educativas individuais.

Detalhamento

A equipe de monitoramento mensalmente realizará revisão dos prontuários para monitorar as atividades educativas individuais.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação

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

Detalhamento

Organizar agenda com 10 idosos por sessão de trabalho, para garantir um tempo médio de 20 ou 25 minutos por usuário com a finalidade de garantir orientações.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação

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

Detalhamento

Essa orientação será realizada através da realização de palestras na comunidade, nas consultas e nas visitas domiciliares.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação

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

Detalhamento

Realizar capacitação da equipe, pela médica nas reuniões, sobre como oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias.

2.3.2 Indicadores

Para cada meta estabelecida há indicadores para monitorar a intervenção, conforme a seguir:

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

Indicador 1.1 Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa

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

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

Indicador 2.2 Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

Numerador: Número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

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

Indicador 2.3 Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia.

Numerador: Número de idosos com exame clínico apropriado em dia

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

Indicador 2.4 Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

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

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

Indicador 2.5 Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada

Numerador: Número de idosos com acesso cuja prescrição é priorizada para Farmácia Popular.

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

Indicador 2.6 Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

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

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

Indicador 2.7 Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.

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

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

Indicador 2.8 Proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta.

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

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

Indicador 2.9 Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus

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

Indicador 2.10 Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

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

Indicador 3.1 Proporção de idosos faltosos às consultas que recebem busca ativa.

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

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

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

Numerador: Número de fichas espelho com registro atualizado

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

Indicador 4.2 Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.

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

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos

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

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

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

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

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

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

Indicador 6.3 Proporção de idosos que receberam atendimento odontológico e orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de idosos com atendimento odontológico e orientação sobre higiene bucal.

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

2.3.3 Logística

A intervenção iniciará analisando e discutindo com a equipe o Caderno de Atenção Básica – no. 19. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2013, do Ministério da Saúde, apresentando a fichas espelho e os registros, e definindo quais são as atribuições de cada membro em cada uma das ações a serem desenvolvidas na intervenção, e apresentar-se à Política Nacional de Humanização.

Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto será reservada duas horas ao final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe, e todos os ACS estudaram uma parte do Manual Técnico e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

Para realizar o monitoramento da cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde e a qualidade dos registros, mensalmente

após a reunião de equipe a médica e a enfermeira revisará os prontuários e a ficha/espelho dos idosos (Anexo B) cadastrados no período. Também serão identificados os idosos com exame clínico inapropriado, e os idosos com o número inadequado das consultas previstas no protocolo. O agente comunitário de saúde fará busca ativa de todos os idosos em atraso, estima-se oito por semanas, 32 por mês. Ao fazer a busca ativa, já agendará o idoso para o dia da consulta do idoso, ou para a consulta de acompanhamento para hipertensos e/ou diabéticos, no caso dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Para monitorar o número de idosos hipertensos e/ou diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde, mensalmente após a segunda reunião da equipe, a enfermeira realizará uma revisão dos prontuários e da ficha espelho, identificando os idosos hipertensos e/ou diabéticos sem exames laboratoriais realizados. O agente comunitário fará busca ativa dos mesmos, estima-se 5 por semana, 20 por mês, e entregará a solicitação dos exames laboratoriais. Ao realizar a busca ativa, já agendará os usuários para o dia de consultas de acompanhamento de hipertensos e/ou diabéticos.

Para o monitoramento do número de idosos submetidos a rastreamento para HAS, e o número de idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM, a médica e a enfermeira realizará uma revisão dos prontuários e ficha espelho a cada dois meses, identificando idosos de maior risco sem acompanhamento ou com acompanhamento inadequado.

Para monitorar o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados, e a realização de visita domiciliar para esse grupo, mensalmente na primeira reunião de equipe a enfermeira com todos os ACS realizarão uma revisão dos registros, incluindo os casos novos e excluindo os falecidos e os que já não moram na área de abrangência. Também será identificada a quantidade de visitas domiciliares realizadas a idosos acamados ou com problema de locomoção. O agente comunitário de saúde fará busca ativa dos idosos acamados identificando os de maior prioridade, a equipe garantirá seis visitas domiciliares por mês.

Mensalmente nas últimas duas horas da reunião de equipe a médica e a enfermeira revisarão os prontuários dos idosos, identificando os idosos com necessidade de tratamento odontológico, assim como sem orientação nutricional

para hábito alimentares saudáveis, nem para realização de atividade física regular. Nestes casos o agente comunitário de saúde orientará ao idoso segundo as necessidades individuais de cada um deles. Também nas visitas domiciliares a médica e a enfermeira darão as orientações nutricionais e estimularão o idoso para a prática de atividade física regular.

O monitoramento dos registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa será realizado diariamente. A enfermeira solicitará para a gestão a caderneta do idoso, e essa ação será desenvolvida mesmo na unidade de saúde quanto nas visitas domiciliares. Todos os membros da equipe estarão treinados para a revisão da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, identificando os idosos sem caderneta de saúde, para posterior entrega da mesma, pois, no momento não temos caderneta de saúde da pessoa idosa na UBS.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS.

Para cadastrar todos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde, os ACS visitarão dez famílias por semana, pois, todos os ACS têm 150 famílias. Contudo, o cadastro pode ser completado em 15 semanas, prevendo que somente serão cadastrados os idosos de cada família, e nem todas as famílias têm idosos, assim, há previsão em terminar antes das 15 semanas.

O acolhimento dos idosos que buscarem o serviço será realizado diariamente pela técnica de enfermagem. Idosos com doenças agudas, frágeis, hipertensos e/ou diabéticos descontrolados ou sem medicação, serão atendidos no mesmo turno, para evitar as complicações na velhice. Idosos que buscam consulta de rotina terão prioridade no agendamento.

Diariamente, durante o acolhimento a técnica em enfermagem insistirá na importância do uso adequado da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Além disso, toda vez que um membro da equipe estiver em contato com o idoso, solicitará a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, até comprometer todos os idosos no uso adequado da mesma.

Para garantir a referência e contra-referência de usuários com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades, continuaremos insistindo através dos gestores a importância da contra-referência para o acompanhamento do usuário na

UBS. Também iremos comprometer os gestores para garantir o material adequado para a realização da aferição da pressão arterial e a realização do hemoglicoteste na UBS. Mensalmente a enfermeira realizará uma revisão desse material.

Em relação á saúde bucal, conversaremos com os dois dentistas efetivos que trabalham na UBS para tentar inseri-los na intervenção e assim atender ao público alvo. Também faremos contato com gestão municipal para solicitar vagas da odontologia em outras UBS para garantir que o atendimento bucal seja ofertado aos idosos.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

Para esclarecer a comunidade sobre a existência e funcionamento na UBS do Programa de Atenção ao Idoso, e a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde, faremos contato com o centro de atenção ao idoso, Viva Melhor Idade, localizado na área de abrangência, pois, muitos dos usuários são moradores de nossa área.

Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de completar o cadastro dos idosos, com a identificação de idosos hipertensos e/ou diabéticos sem acompanhamento, idosos acamados ou com problemas de locomoção, e a necessidade de priorização do atendimento a este grupo populacional.

A comunidade será orientada sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar, e sobre a importância do acompanhamento mais freqüente dos idosos fragilizados, mediante palestras realizadas na comunidade. Para isto, faremos contato com a única igreja que temos na área de abrangência, solicitando apoio para transmitir as informações. Também realizaremos palestras no grupo de idosos e, os familiares serão orientados nas consultas e nas visitas domiciliares.

Além disso, orientaremos a comunidade sobre a importância: da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade, fatores de risco para o desenvolvimento de HAS e DM, rastreamento para DM em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica, de avaliar a saúde bucal de idosos. Isso acontecerá através da realização de palestras na comunidade, e com o grupo de idosos, grupos

de hipertensos e/ou diabéticos. Essas atividades serão realizadas mensalmente, com a participação ativas de toda a equipe.

Para informar aos idosos sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário, e a importância de portar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa quando for consultar em outros níveis de atenção, quinzenalmente no acolhimento do idoso na UBS, a técnica em enfermagem realizará uma palestra planejada para um tempo que não supere os cinco minutos.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

Mensalmente nas duas primeiras horas do horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe, a enfermeira capacitará os ACS para a busca ativa dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço. Também serão realizadas oficinas, para que exista participação ativa de toda a equipe na realização de exame clínico apropriado.

Para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas, será realizado quinzenalmente na reunião de equipe, a capacitação para a realização de exame clínico apropriado, e para o registro adequado dos procedimentos clínicos, com a participação ativa de todos os membros da equipe, segundo as atribuições de cada um.

A equipe será capacitada para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares, para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência, para identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção, mediante a realização de oficinas quinzenalmente nos dois primeiros meses da intervenção. As capacitações serão organizadas pela enfermeira da equipe.

Diariamente conscientizar e comprometer a equipe na importância do registro das informações, e treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos.

Mensalmente nas reuniões de equipe se realizará capacitação para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável" ou o "Guia alimentar para a população brasileira". Os ACS

serão capacitados pela médica e enfermeira, nas reuniões para realizar palestras nas quais oriente aos idosos hipertensos e/ou diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação específica para dito grupo.

Mensalmente na primeira meia hora da reunião de equipe, a enfermeira realizará atividades de capacitação para toda a equipe, sobre a saúde bucal e a importância do uso adequado da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

2.3.4 Cronograma

AÇÕES	SEMANAS															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo de saúde do idoso e outras ações a serem realizadas	■		■				■				■				■	
Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriada.		■		■		■		■		■		■		■		■
Capacitar e orientar os ACS para o cadastramento, identificação e acompanhamento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência.		■		■		■		■		■		■		■		■
Acolher e cadastrar todos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática	■															
Contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática da saúde do Idoso	■							■								
Orientar comunidade sobre as ações a serem desenvolvidas sobre a saúde do idoso	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Atendimento dos Idosos por consulta de medicina geral	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Realização de atividades (Palestras, conversas, dinâmicas, grupos operativos) com os idosos.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Busca ativa dos idosos faltosos às consultas	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Visita domiciliar para os usuários Idosos faltosos e com deficiências que impossibilitam a assistência na UBS.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Monitoramento da intervenção	■				■				■				■			■

3. Relatório da intervenção

A intervenção foi realizada em um período de 16 semanas na Unidade de Saúde Professor Mariano de Andrade, sendo iniciada a partir do dia 5 de setembro de 2014 e finalizada no dia 5 de dezembro de 2014. Considerando a realidade epidemiológica da área de abrangência da unidade de saúde, bem como as fragilidades do processo de trabalho de nossa equipe, escolhemos a ação programática relacionada ao Programa de Atenção à Saúde do Idoso como foco de atenção.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

A maioria das ações previstas no cronograma das atividades foi desenvolvida integralmente. Entre os aspectos que facilitaram isso, encontram-se a dedicação de toda a equipe, o apoio da comunidade e dos gestores, a periodicidade do grupo de idosos, o estabelecimento do papel de cada profissional no início da intervenção, assim como as capacitações oferecidas para a equipe, desenvolvidas no decorrer da intervenção.

Ações como garantir o registro dos idosos da área de abrangência, avaliação multidimensional rápida em dia, realização de exame clínico, a solicitação de exames complementares periódico aos idosos hipertensos e/ou diabéticos, o cadastro dos idosos acamados e/ou com problemas de locomoção, verificação da PA na última consulta, avaliação das redes sociais, atividades de orientação nutricional e realização de atividade física foram ações desenvolvidas integralmente, sem maiores dificuldades.

O acolhimento na unidade foi melhorado e ainda continua-se trabalhando neste sentido, principalmente com os usuários idosos alvos de nossa intervenção.

Não houve dificuldades para o desenvolvimento das ações de monitoramento. No entanto, como essa ação era realizada após as reuniões de equipe, o tempo era pouco, mas bem aproveitado.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Quanto às ações nas quais não foi possível atingir a meta proposta, as principais dificuldades foram, em determinados momentos, a falta de motivação da equipe, assim como às vezes a sobrecarga de trabalho, devido às férias de alguns profissionais, bem como a continuidade concomitantemente de outras ações programáticas que também devem ser desenvolvidas na atenção primária.

Em relação às capacitações para a equipe foram realizadas 8 das 16 previstas. Isso se deve ao fato que as mesmas foram planejadas para serem desenvolvidas nas reuniões de equipe, a cada quinze dias, mas, devido ao volume de atividades a serem discutidas somente foi possível realizar uma capacitação em cada reunião.

Também havíamos previsto a realização de atividades como palestras, conversas, dinâmicas, grupos operativos semanalmente. O que não aconteceu com essa periodicidade. Foram realizados grupos de idosos, sala de espera e palestra no total de 9. O não cumprimento de todas essas atividades previstas foi devido à falta de locais apropriados, lembrando as características deste grupo etário, também a falta de motivação por parte da equipe, além de outras atividades a serem desenvolvidas que comprometeram o cumprimento do cronograma.

Conseguimos cadastrar os 28,2% da população idosa da área, não foi possível atingir a meta proposta inicialmente de 50 %, levando em consideração, que não existiam registros e nem cadastro. Assim, tivemos que partir do zero.

Apresentamos dificuldades com a realização dos exames complementares e o atendimento odontológico, devido a pouca disponibilidade de vagas, situação que ocasionou demora nos retornos a consulta de medicina geral. Com o aparelho para realizar hemoglicoteste, também existiram dificuldades, pois há somente um na unidade.

A disponibilidade de Cadernetas de Saúde da Pessoa Idosa não foi suficiente, ainda sendo comunicado para o diretor do posto fazer a solicitação, a quantidade garantida pela gestão municipal foi insuficiente.

Foram oferecidas orientações individuais de cuidados de saúde bucal, a um número elevado de idosos, devido às dificuldades com a consulta odontológica.

A parceria com a comunidade para desenvolver a intervenção foi alcançada parcialmente, pois ainda não há um Conselho Local de Saúde. A equipe é apoiada por alguns usuários, sendo que estes oferecem os locais para desenvolver o grupo

de idosos. Não há uma mobilização e articulação entre todos os residentes da comunidade. Para superar essa fragilidade, é preciso trabalhar para criação do Conselho Local de Saúde.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização de dados

Em relação à coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, não houve dificuldades. Durante o fechamento das planilhas de coletas de dados (anexo C) e cálculo dos indicadores, às vezes, surgiram pequenas alterações que foram corrigidas com a ajuda da orientadora.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço

A intervenção conseguiu melhorar e garantir o atendimento de qualidade na atenção aos idosos da área de abrangência, apesar de atingido um número pequeno de cobertura (28,2%), pelo menos, foi possível inserir esse atendimento como parte da nossa rotina de trabalho, deixando o caminho feito sobre bases sólidas para dar continuidade. Acredito que a equipe conseguirá manter as ações incorporadas, considerando os inumeráveis benefícios que as mesmas promovem no processo de trabalho da UBS, e na qualidade de vida da população.

Os aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra são: a garantia de vagas para realização de exames complementares em dia, tema já avaliado pela gestora da unidade a qual pretende garantir referidas vagas, e a ampliação da avaliação odontológica, ao menos uma vez ao ano, para esse grupo populacional. A situação foi analisada com os odontologistas da UBS, e mesmo que eles não fazem parte da equipe da ESF, estão dispostos a colaborar com as ações bucais preventivas e curativas para este grupo.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção teve como finalidade a melhoria da atenção à saúde da população idosa da área de abrangência da UBS Professor Mariano de Andrade, da cidade de Boa Vista/RR.

No início da intervenção, não existiam dados registrados sobre o quantitativo de idosos. Dessa forma, através da população total da área de abrangência, 10.611 pessoas, foi utilizada a estimativa de 10% dessa população (1061 pessoas) como público alvo da intervenção.

Os resultados qualitativos e quantitativos obtidos durante as 16 semanas de intervenção serão apresentados abaixo, com base nos indicadores que serão comparados às metas propostas, examinando a evolução da intervenção.

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

Meta 1.1 Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 50%.

Para o programa relacionado à cobertura de atenção à saúde do idoso, a meta estabelecida foi de ampliar a cobertura de atenção à saúde dos idosos em 50% (530 pessoas), e a meta alcançada foi de 28,2% (299 pessoas). Conforme é possível observar na figura 1, ao longo da intervenção foram cadastrados 84 idosos (7,9%) no final do primeiro mês, enquanto no segundo, terceiro e quarto mês foram, respectivamente, 135 (12,7%), 219 (20,6%) e 299 (28,2%).

A falta de motivação da equipe em algumas semanas da intervenção, as férias dos ACS, e em ocasiões a sobrecarga de trabalho de equipe, foram alguns

problemas que atrapalharam o desenvolvimento desta ação programática, o que acarretou o não cumprimento da meta proposta.

As ações que mais auxiliaram para obter os resultados alcançados foram o cadastro oportuno de todos os idosos da área de abrangência, no qual a equipe teve acesso, fundamentalmente realizado pelos ACS durante suas visitas domiciliares, assim como o acolhimento realizado pela equipe na própria UBS.

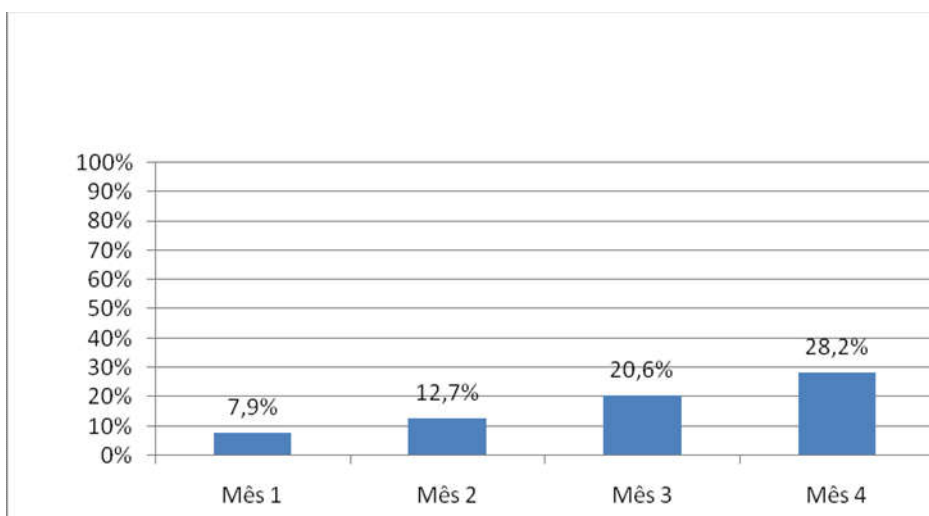


Figura 1: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na UBS Professor Mariano de Andrade.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

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

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

Quanto à realização da avaliação multidimensional rápida em 100% das consultas, a meta atingida foi de 98,3%. No primeiro mês foi realizada avaliação multidimensional rápida em 19 idosos (22,6%). No segundo mês aumentou para 65 (48,1%), no terceiro 214 (97,7%) e no final do quarto mês 294 (98,3%). A figura 2 revela a meta alcançada nesta ação programática.

Apesar dessa meta não ter sido atingida, os resultados foram bons. Infelizmente, devido à quantidade de usuários agendados diariamente para consulta, o tempo para fazer uma avaliação adequada, às vezes, é insuficiente e interfere na qualidade do atendimento.

A ação que contribuiu para atingir essa meta foi a dedicação dos profissionais, organização nos serviços oferecidos, e no acolhimento realizado pelas técnicas de enfermagem, assim como as ações de capacitação dos profissionais de saúde da UBS.

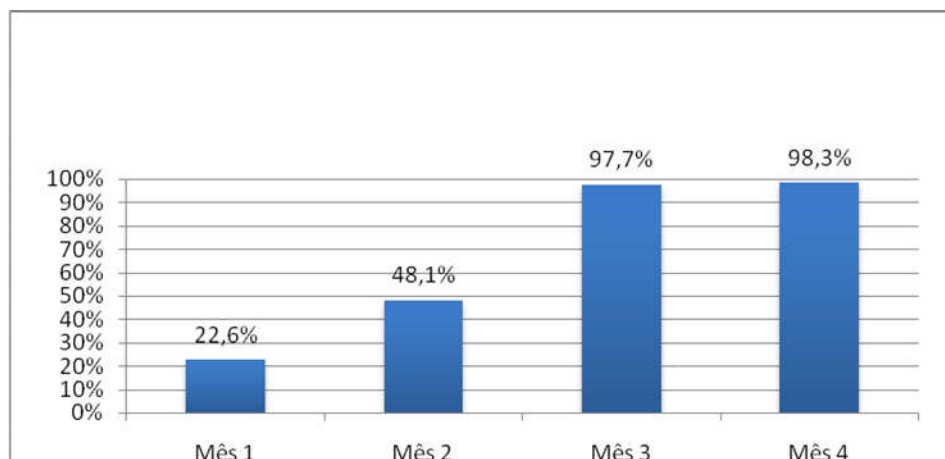


Figura 2: Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia da UBS Professor Mariano de Andrade.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014

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

A proporção de idosos com exame clínico apropriado teve uma melhoria, e foi aumentando gradualmente. No primeiro mês, foi realizado o exame clínico apropriado a 24 idosos (28,6 %). No segundo mês aumentou para 68 (50,4%), no terceiro 214 (97,7%) e no final do quarto mês 294 (98,3%) idosos apresentavam exame clínico em dia (figura 3).

Esta meta não foi atingida, mas, ao longo da intervenção conseguimos melhorar os resultados. Reorganizamos as agendas de trabalho dos profissionais, dedicando uma seção de trabalho para a população alvo da intervenção, que no primeiro mês não existia, foi criado o grupo de idosos. As atividades de capacitação realizadas semanalmente nas reuniões de equipe também contribuíram com o resultado final.

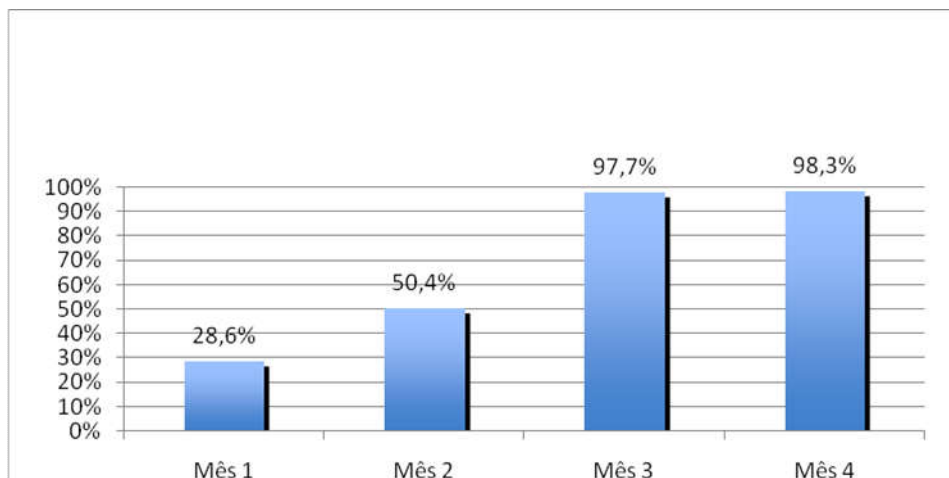


Figura 3: proporção de idosos com o exame clínico em dia da UBS Professor Mariano de Andrade.

Fonte: Planilha de Dados 2014

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

A meta proposta desse indicador foi atingida e apresentou resultados semelhantes ao longo da intervenção (figura 4). No primeiro mês foram solicitados exames complementares a 47 idosos hipertensos e/ou diabéticos (95,9 %). No segundo mês 79 (97,5 %), no terceiro 126 (100,0 %) e no quarto mês 173 (100,0 %).

Embora nossa UBS tenha dificuldades para a realização de exames, e o número de vagas para o laboratório fora insuficientes, sempre nas consultas se solicitam os exames complementares aos idosos hipertensos e/ou diabéticos, segundo o protocolo.

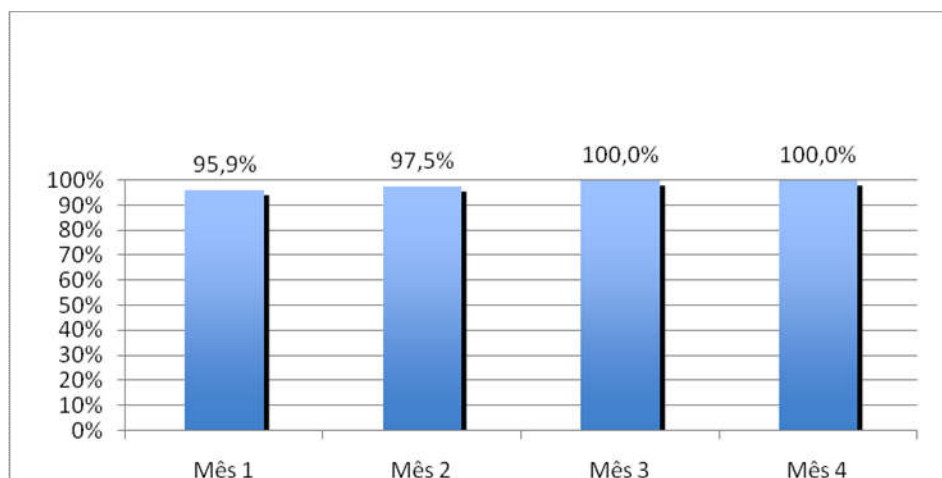


Figura 4: Proporção de idosos hipertensos e/ou diabético com solicitação de exames complementares periódicos em dia da UBS Professor Mariano de Andrade.

Fonte: Planilha Coleta de Dados 2014.

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

Essa meta foi atingida no primeiro mês da intervenção, embora não fora atingida nos meses seguintes, os resultados obtidos foram satisfatórios.

A figura 5 apresenta as porcentagens alcançadas. No primeiro mês 84 idosos (100,0%), estavam com prescrição de medicamentos da farmácia popular, já no segundo, terceiro e quarto mês, os resultados obtidos foram 130 (96,3%), 209 (95,4%), e 286 (95,7%) respectivamente.

O fator que dificultou alcançar os 100,0 %, nos três últimos meses, foi o cadastro de idosos que tem acompanhamento com diferentes especialistas. Estes idosos estão bem controlados com as doenças crônicas, e, não aceitam mudanças no tratamento, ou seja, trocar os medicamentos por outros, com nome comercial por genéricos.

A ação que favoreceu os bons resultados foi à prescrição, por parte dos profissionais, dos medicamentos existentes na rede pública. Não apresentamos dificuldades com a prescrição, mas sim, com a disponibilidade, às vezes.

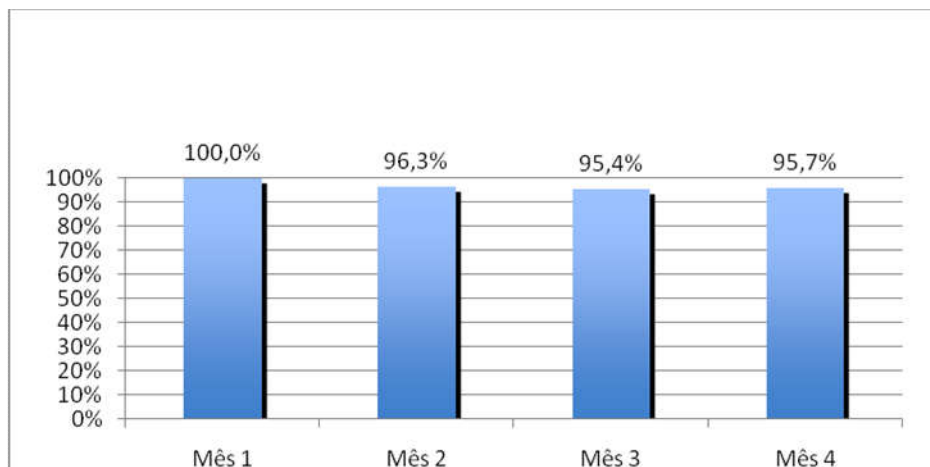


Figura 5: Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada da UBS Professor Mariano de Andrade.

Fonte: Planilha de Dados 2014.

Meta 2.5 Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Para esse indicador são estimados que 8% dos idosos residentes na área sejam acamados, e nosso objetivo, é ampliar a cobertura e melhorar a atenção á saúde dos idosos da área de abrangência para 50%. A meta foi atingida para o

100,0 % dos idosos acamados ou com problemas de locomoção, alvos da intervenção. Em cada mês, dos 45 idosos acamados ou com problemas de locomoção residentes na área, os 45 foram cadastrados em cada mês, respectivamente, 08 (100,0%) no mês 1, 15 (100,0%) no mês 2, 30 (100,0%) no mês 3 e 45 (100,0%) no mês 4.

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

Foi alcançando uma melhora progressiva dos resultados dessa meta. No primeiro, segundo e terceiro mês de intervenção essa meta não foi atingida e o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção que receberam visitas no domicílio foi, 06 (75,0%), 13 (86,7%), 26 (86,7%) respectivamente. Contudo, no quarto mês conseguimos atingir a meta proposta, e os 45 idosos acamados ou com problemas de locomoção receberam visita domiciliar (100,0 %) (figura 7).

As ações como a busca ativa de faltosos a consulta pelos ACS, os registros existentes de idosos com deficiência, e o planejamento e realização das visitas domiciliares a cada semana em uma micro área específica, facilitaram a melhoria deste indicador.

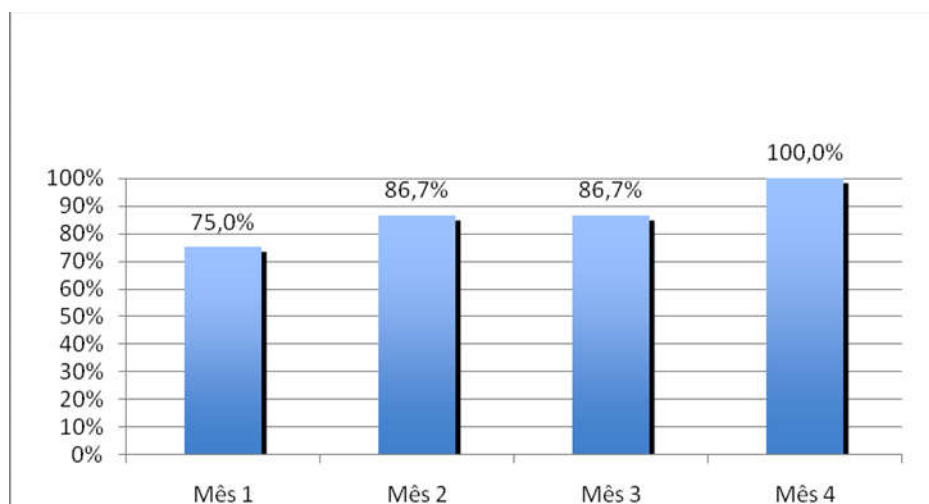


Figura 6: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar da UBS Professor Mariano de Andrade.

Fonte: Planilha de Dados 2014.

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

A meta para esse indicador foi atingida em todos os meses. No primeiro mês 84 idosos tiveram verificação da pressão arterial na última consulta, no segundo, terceiro e quarto mês, o indicador se comportou da seguinte forma: 135 (100,0 %), 219 (100,0%), 299 (100,0%) respectivamente.

Para o cumprimento deste indicador, a rotina de trabalho existente na UBS ajudou bastante. Diariamente na triagem as técnicas em enfermagem aferem a pressão de todos os usuários antes de serem consultados, além disso, em todas as consultas os profissionais fazem a verificação da pressão arterial.

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

Esse indicador se comportou da seguinte forma: no primeiro mês 48 (98,0%) idosos hipertensos foram rastreados para diabetes, no segundo, terceiro e quarto mês de intervenção foram alcançados os 100,0 % dos idosos hipertensos rastreados para diabetes. A meta foi atingida sem maiores dificuldades, visualizado na figura 7.

O rastreamento dos usuários hipertensos para diabetes é uma das ações que está bem inserida na rotina das consultas com os profissionais. No caso dos usuários faltosos a consulta, a solicitação dos exames foi feita no próprio domicílio durante as visitas domiciliares. As atividades de capacitação para os profissionais foi outra ação que facilitou o cumprimento do indicador.

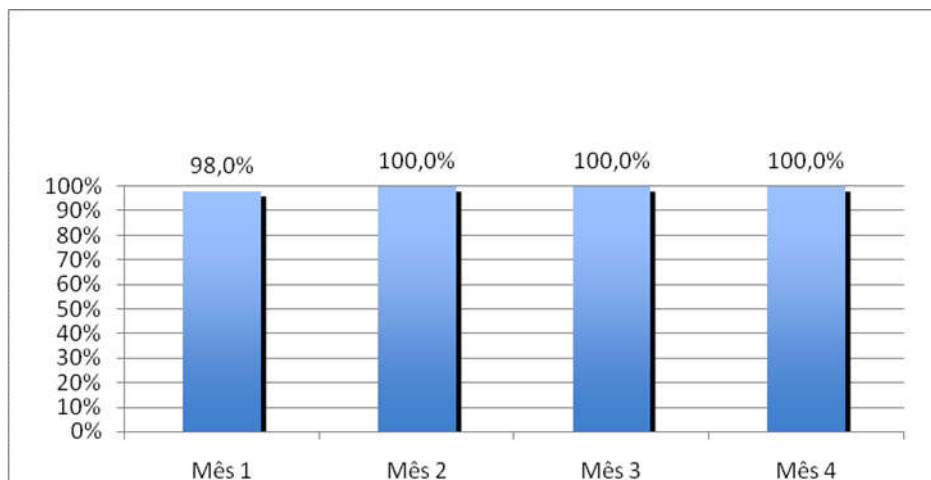


Figura 7: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes da UBS Professor Mariano de Andrade.

Fonte: Planilha Coleta de Dados 2014.

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

Na figura 10 podemos observar o comportamento do indicador: realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos. A meta foi atingida sem dificuldade. Os 100,0 % dos idosos tiveram avaliação da necessidade de atendimento odontológico em cada mês da intervenção.

As ações que facilitaram o cumprimento dessa meta foram: a capacitação recebida pelos ACS para detectar a necessidade dos usuários da sua área nas visitas domiciliares. Além disso, nos atendimentos, os profissionais fizeram o exame da cavidade oral, na primeira consulta recebida pelo idoso, e nos casos que os usuários se recusaram foi feito um interrogatório para determinar sintomas e sinais que pudessem orientar o diagnóstico.

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

Garantir a consulta odontológica para os 100,0% dos idosos residentes na área foi o indicador de maior dificuldade. Não foi possível atingir a meta proposta. No primeiro mês nenhum (0,0%) dos idosos residentes na área de abrangência cadastrados, recebeu consulta, e no segundo mês apenas 11 (8,1%) tiveram a primeira consulta odontológica. Já no terceiro e quarto mês de intervenção houve um incremento no número de idosos com primeira consulta odontológica, 35 (16,0%), e 77 (25,8%) respectivamente (Figura 8).

Embora este indicador não fosse atingido, os resultados foram melhorando ao longo da intervenção. Dentre os fatores que dificultaram alcançar melhores resultados encontram-se: a indisponibilidade de vagas para a consulta odontológica, pois, os profissionais odontólogos presentes na UBS não estão vinculados as equipes. Dessa forma, não se sentem comprometidos com o trabalho desenvolvido na unidade de saúde.

Ao iniciar o segundo mês, criamos junto com o gestor, a estratégia de garantir cinco vagas semanais para os idosos com maior necessidade de atendimento, também orientamos a busca de vagas em outras UBS que tiveram menor demanda para este serviço. As palestras na comunidade sobre a importância

da saúde bucal aumentaram o interesse dos idosos e cuidadores em procurar atendimento odontológico.

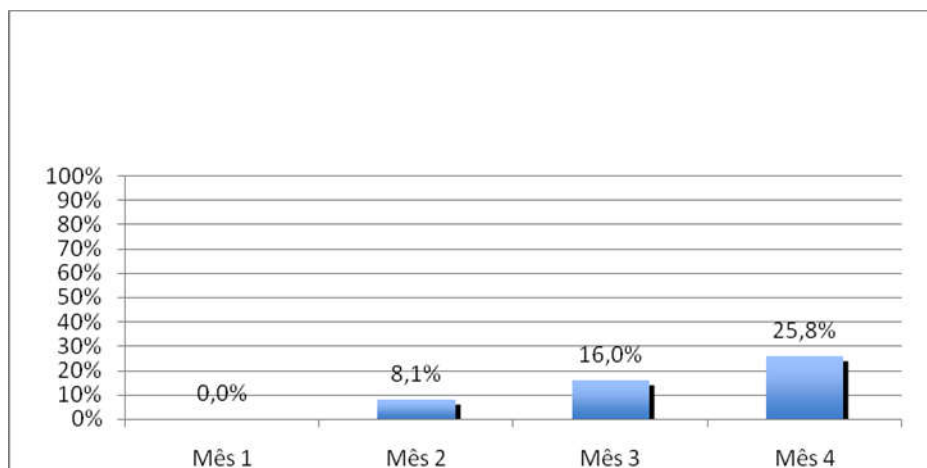


Figura 8: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática da UBS Professor Mariano de Andrade.

Fonte: Planilha Coleta de Dados 2014

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

4.1.3.1 *Buscar 100% dos idosos faltosos consultas programadas.*

A busca ativa dos 100% dos idosos faltosos às consultas, conforme a periodicidade recomendada, também foi uma meta atingida em todos os meses da intervenção. Isso foi possível, devido ao trabalho realizado pelos ACS na comunidade, as palestras no grupo de idosos, e as conversas realizadas nas reuniões de equipe, informando para os ACS o nome dos idosos faltosos.

A figura 9 revela os resultados obtidos. Em relação aos idosos faltosos a consulta, 18 (100,0%), 34 (100,0%), 72 (100,0%) e 102 (99,0%) recebeu busca ativa, respectivamente, no primeiro, segundo, terceiro e quarto mês.

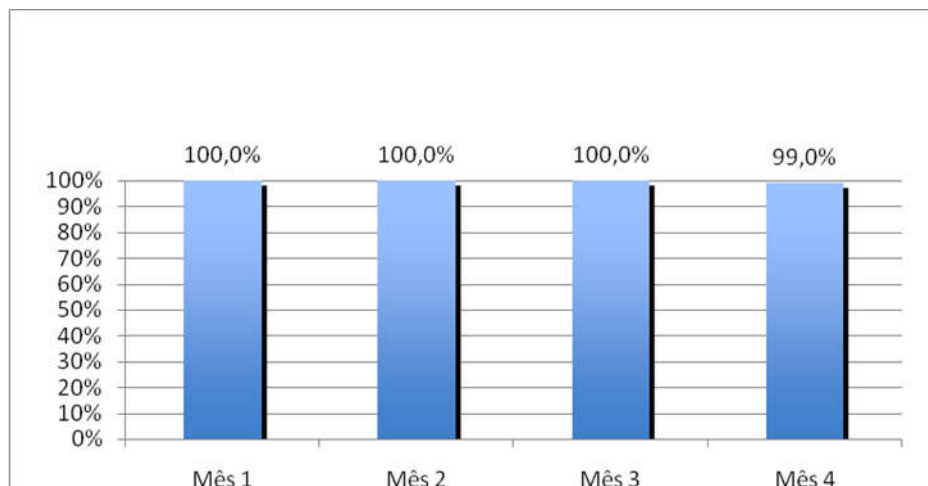


Figura 9: Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa da UBS Professor Mariano de Andrade.

Fonte: Planilha Coleta de Dados 2014

4.1.4 Objetivo 4: Melhorar o registro das informações;

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

Esse indicador comportou-se da seguinte forma: No primeiro mês 46 (54,8%), no segundo mês 86 (63,7%), no terceiro mês 169 (77,2%) e no quarto mês 299 (100,0%) idosos estavam com registro da ficha espelho em dia (figura 10).

As ações favorecedoras para atingir a meta foram: garantir um dia para o atendimento aos idosos na agenda de trabalho dos profissionais, e as atividades de capacitação realizadas com a equipe.

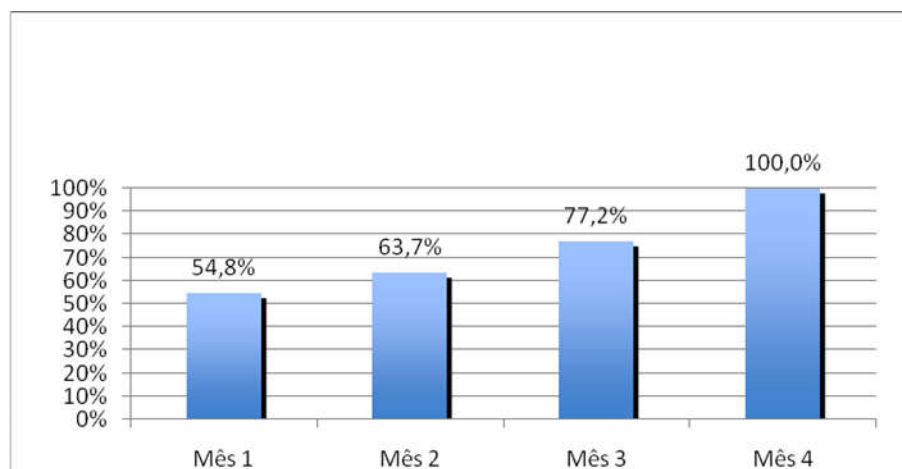


Figura 10: Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia da UBS Professor Mariano de Andrade.

Fonte: Planilha Coleta de Dados 2014

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

A distribuição da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados é uma das metas que não foi atingida. O primeiro mês da intervenção somente 16 idosos (19,0%) receberam a Caderneta, no segundo, terceiro e quarto mês teve um incremento pouco notório, mas no final da intervenção superou os 50,0% de idosos assistidos. Foram distribuídas 47 (34,8%) cadernetas no segundo mês, 111 (50,7%) no terceiro mês, e 160 (53,5%) no quarto mês (figura 11).

Apesar desse indicador não ser alcançado, teve um ganho progressivo nos resultados. Ações como a falta de gestão atrapalharam garantir o objetivo proposto. O município tem disponibilidade de Cadernetas de Saúde da Pessoa Idosa, mas, mesmo sendo comunicado e solicitado para a gestão, a quantidade entregue para a equipe foi insuficiente.

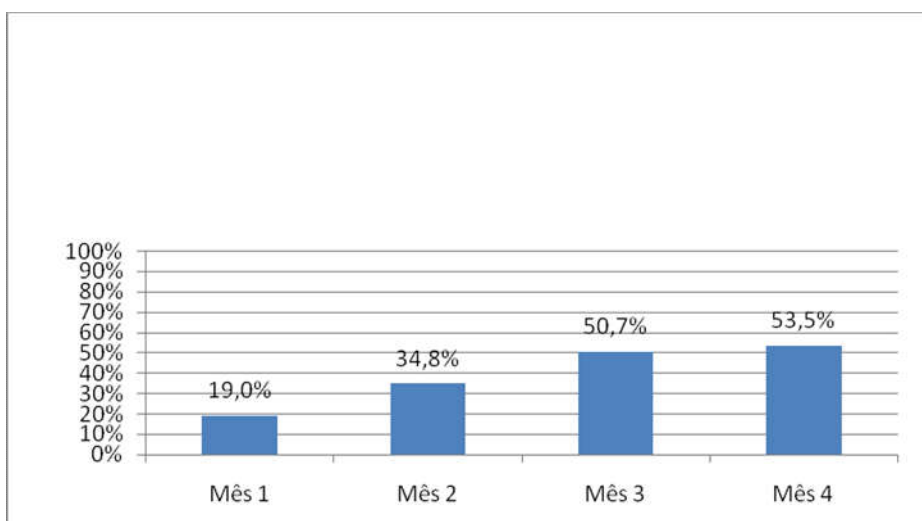


Figura 11: Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa da UBS Professor Mariano de Andrade.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados 2014.

4.1.5 Objetivo 5: Mapear os idosos de risco da área de abrangência;

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

A meta para esse indicador foi atingida ao terminar o quarto mês da intervenção. No primeiro mês 28 idosos tiveram avaliação de risco para morbimortalidade o que gerou 33,3%. No segundo, terceiro e quarto mês, respectivamente, 73 (54,1%), 156 (71,2%) e 299 (100,0%) dos idosos tiveram avaliação de risco para morbimortalidade (figura 12).

A ação facilitadora neste caso foi à realização de atividades de capacitação para os profissionais da UBS, a criação de uma agenda de trabalho mais organizada.

O que dificultou obter melhores resultados nos primeiros meses foi o número de faltosos a consulta, também à sobrecarga da agenda de trabalho, e as dificuldades com a internet na UBS que impossibilitou a aplicação do Escore de Framingham.

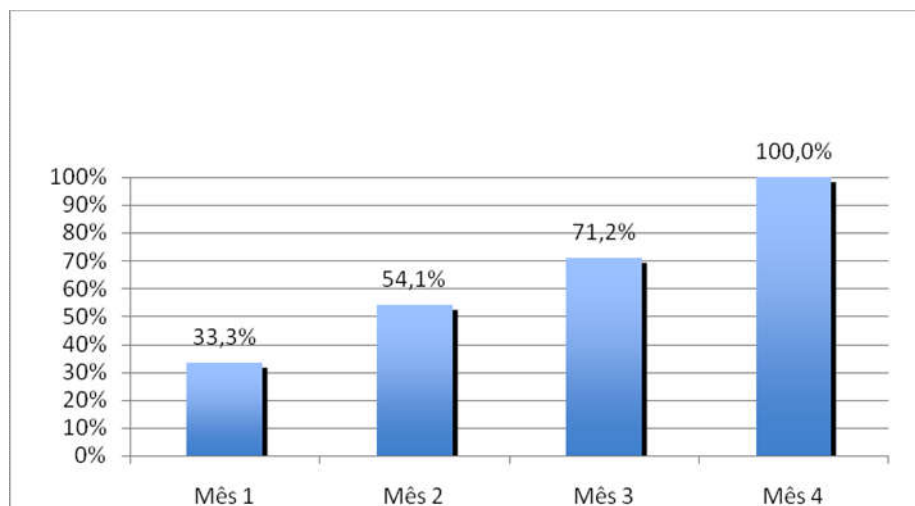


Figura 12: Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia da UBS Professor Mariano de Andrade.

Fonte: Planilha Coleta de Dados 2014

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

A meta, investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas se comportou semelhante á anterior. As duas ações foram realizadas em conjunto. Sendo atingida a meta para este indicador só no quarto mês, comportando-se da seguinte forma: no primeiro mês 31 idosos (36,9%) foram avaliados para fragilização na velhice, no segundo mês 75 (55,6%), no terceiro mês 157 (71,7%) e no quarto mês os 299 (100%) idosos cadastrados, receberam avaliação para fragilização na velhice (figura 13).

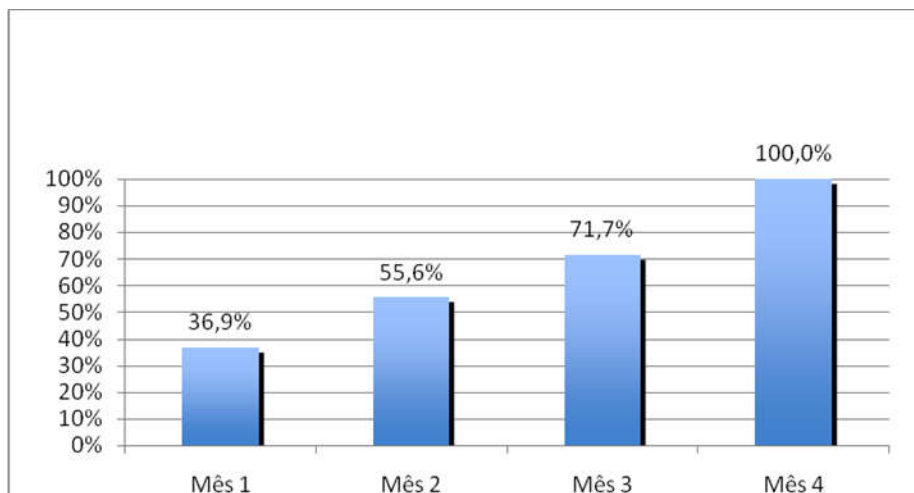


Figura 13: Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia da UBS Professor Mariano de Andrade.

Fonte: Planilha Coleta de Dados 2014

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

Esse indicador comportou-se da seguinte forma: No primeiro mês nenhum (0,0%) dos idosos residentes na área cadastrados, recebeu avaliação de rede social, no segundo mês 11 (8,1%), no terceiro mês 93 (42,5%) e no quarto mês 299 (100,0%) idosos recebem avaliação de rede social (figura 14).

Considero que a principal dificuldade apresentada no primeiro mês foi a falta da realização de uma avaliação social que é pouco desenvolvida no processo de trabalho do assistente social. Essa situação, segundo meu ponto de vista, constitui uma debilidade, pois, permitiria uma ação integrada aos demais profissionais com uma visão holística do idoso. Além disso, no primeiro mês não foi possível inserir o assistente social em nossa intervenção.

A partir do segundo mês, solicitamos apoio ao NASF, conseguimos vincular um psicólogo, e um assistente social, tanto nas atividades de capacitação oferecidas para a equipe, quanto no grupo de idosos.

Dessa forma, a participação ativa desses profissionais na maioria das atividades desenvolvidas no grupo de idosos e nas visitas domiciliares em determinados casos, a meta para este indicador foi alcançada no quarto mês da intervenção.

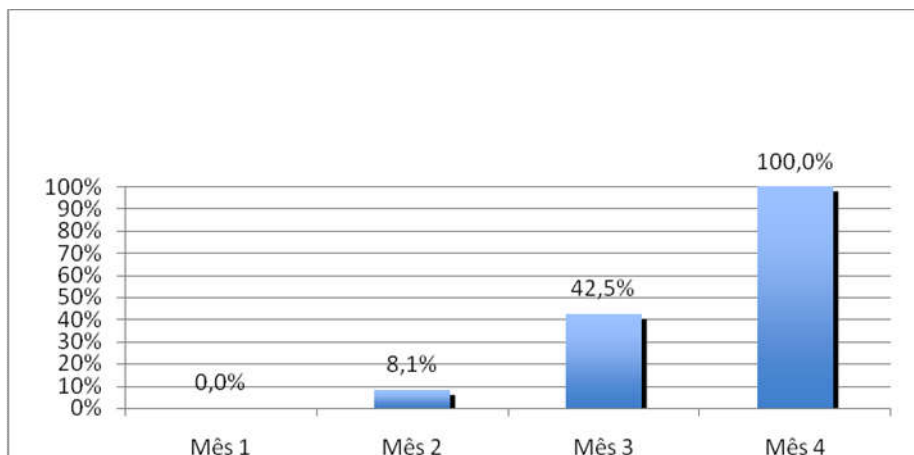


Figura 14: Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia da UBS Professor Mariano de Andrade.

Fonte: Planilha Coleta de Dados 2014

4.1.6 Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos.

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

A meta garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas foi atingido em todos os meses durante a intervenção.

As ações favorecedoras desta meta foram as orientações realizadas pelos profissionais, nas consultas, e pelos ACS na comunidade. Além disso, foram feitas palestras no grupo de idosos, com uma periodicidade de duas vezes no mês.

No primeiro, segundo, terceiro e quarto mês, 84 (100,0%), 135 (100,0%), 219 (100,0%) e 299 (100,0%) dos idosos receberam orientação nutricional.

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

A meta garantir a orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos idosos foi alcançada. No primeiro, segundo, terceiro e quarto mês, 84 (100,0%), 135 (100,0%), 219 (100,0%) e 299 (100,0%) dos idosos receberam orientação.

Mesmo não sendo possível inserir o educador físico nas atividades educativas realizadas, os resultados foram bons, devido aos esforços e a dedicação dos profissionais da equipe que orientaram os idosos durante as consultas, nas ações de engajamento público e no grupo de idosos.

Meta 6.3 Garantir orientações sobre higiene bucal

Quanto ao indicador garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados está relacionado ao número de idosos que receberam consulta odontológica. Comportou-se da seguinte forma: no primeiro mês não se atingiu a meta, dos 84 idosos cadastrados, nenhum (0,0%) recebeu consulta odontológica, e não receberam orientação sobre higiene bucal. No segundo mês, 11 usuários assistiram a consulta odontológica, e os 100,0 % recebeu a orientação, no terceiro e quarto mês houve um incremento no número de consultas odontológicas e na quantidade de usuários com orientação sobre higiene bucal, 30, (85,7%), e 60, (77,9%) respectivamente (Figura 15).

Esse indicador tem como denominador: número de idosos com primeira consulta odontológica programática. Na análise dos registros identificamos usuários que receberam a consulta odontológica, mas não soube informar se receberam orientação sobre higiene bucal, e nos registros não existem esses dados. Além disso, é importante ressaltar que muitos dos nossos idosos procuraram atendimento em outras UBS.

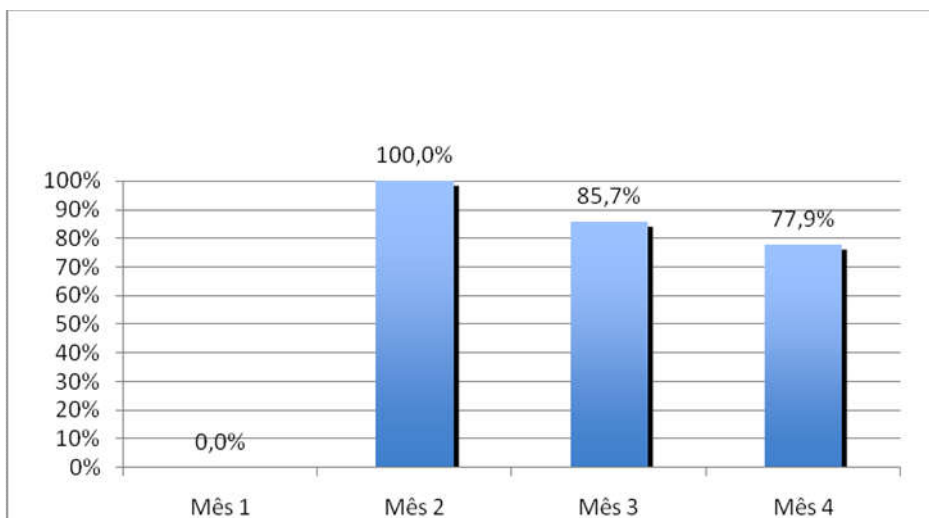


Figura 15: Proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia da UBS Professor Mariano de Andrade.

Fonte: Planilha Coleta de Dados 2014

4.2 Discussão

A intervenção, na UBS Professor Mariano de Andrade com foco na Atenção à Saúde do Idoso, proporcionou uma melhoria da assistência.

Através da realização das ações propostas pela intervenção durante as 16 semanas, foi possível: a ampliação da cobertura de atenção aos idosos da área de abrangência, a criação dos registros, o cadastro dos idosos acamados ou com problema de locomoção, melhorar a qualidade da atenção com destaque para a ampliação do exame clínico apropriado (incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e a medida da sensibilidade a cada três meses para diabéticos), assim como a avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Também conseguimos a adesão dos idosos e acompanhantes ao programa, mapeando os registros de risco de morbimortalidade e para fragilidade na velhice para todos os idosos cadastrados. Garantiram-se a solicitação de exames complementares periódicos dos idosos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados e melhorou ações de promoção de saúde.

A realização das referidas atividades promoveu o trabalho integrado dos profissionais com a recepção e com outros funcionários da UBS. Para que isso ocorresse, foi necessário que a equipe se capacitasse, para garantir a qualidade nos registros, no rastreamento, diagnóstico e tratamento de idosos com doenças crônicas, além de outras doenças frequentes nas pessoas desta faixa etária, segundo as exigências do Ministério da Saúde.

Foram estabelecidas as atribuições de cada profissional na ação programática. O acolhimento é dever de toda a equipe, mas, ficou claro que, a recepção e as técnicas em enfermagem são os responsáveis em receber e orientar aos idosos que procuram nossos serviços. A busca ativa de faltosos à consulta ficou a cargo dos ACS. As ações de educação em saúde são planejadas toda semana na reunião de equipe. Ficou organizada a agenda de atividade para o grupo de idosos. O agendamento para consulta médica é realizado pela recepção e pelos ACS, dando prioridade para os idosos de risco.

Antes da intervenção, os idosos eram atendidos por demanda espontânea, somente era oferecida a consulta médica, e toda a responsabilidade era atribuído ao médico da equipe. Com o desenvolvimento da intervenção reviu-se as atribuições da equipe viabilizando a atenção à Saúde do Idoso a um maior número de pessoas.

A criação dos registros, o cadastro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção, e o agendamento dos idosos hipertensos e/ou diabéticos viabilizou a

otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea. O surgimento de novas idéias para desenvolver ações de saúde, garantiu ao final das 16 semanas de Intervenção uma melhora considerável da ação programática.

Para a comunidade a intervenção ofereceu também benefícios notáveis. Os usuários foram registrados adequadamente, receberam visita domiciliar, orientações sobre temas de interesse, melhora do acompanhamento e criação do grupo de idosos, funcionando com uma periodicidade quinzenal.

Ainda existem debilidades a serem resolvidas, como a integração e participação ativa da comunidade, a criação dos Conselhos de Saúde, a inserção de outros profissionais como nutricionista e educador físico, para as atividades no grupo de idosos, sendo essa uma das metas a serem desenvolvidas futuramente.

Caso fosse realizar a intervenção neste momento, começaria por envolver muito mais os gestores e a comunidade. Acho que é viável criar parceria com instituições que dão atendimento aos idosos, como: “Viva melhor idade” e “Cabelos de prata”, localizadas na área de abrangência e em bairros vizinhos, para garantir a realização de atividades integradas.

A ação programática “Atenção à Saúde do Idoso” foi incorporada à rotina de atendimento da UBS. Mesmo após o término das 16 semanas de intervenção, a equipe conseguiu estabelecer uma rotina de atendimentos semelhantes à rotina da intervenção o que possibilita uma continuidade de todo trabalho desenvolvido. Dessa forma, pretendo melhorar o atendimento odontológico para os idosos, conseguir prioridade para a realização dos exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Os próximos passos para melhorar a atenção a saúde no serviço é: continuar superando as dificuldades encontradas ao longo do tempo, procurando sempre realizar um trabalho em equipe, com a finalidade de manter incorporada a intervenção à rotina do serviço.

5 Relatório da Intervenção para Gestores

A equipe 1.2 da Unidade de Saúde Professor Mariano de Andrade, esteve realizando uma intervenção com foco na Atenção à Saúde do Idoso durante um período de 16 semanas. Essa intervenção teve início no dia 5 de setembro de 2014 e foi finalizada no dia 5 de dezembro de 2014.

Para a escolha do foco – Atenção à saúde do Idoso – foi levado em consideração a realidade epidemiológica da área de abrangência da unidade de saúde, bem como as fragilidades do processo de trabalho de nossa equipe.

O objetivo principal da intervenção foi ampliar a cobertura do Programa de Atenção à Saúde do Idoso e melhorar a atenção à saúde dos idosos da área de abrangência. A UBS Professor Mariano de Andrade possui cerca de 1.061 idosos que carecem de uma assistência integral e multidisciplinar.

Partindo desse princípio, um dos objetivos propostos pela intervenção foi cadastrar 50% (530) dos idosos da área de abrangência sendo atingidos 28,2% (299) dessa população.

Assim, ao longo das 16 semanas de Intervenção foram realizadas múltiplas ações que já foram incorporadas a rotina do serviço. Essas ações proporcionaram um melhoramento do acolhimento em todos os serviços oferecidos, sendo garantido o agendamento dos idosos para consulta de medicina geral, priorizando os que apresentam maior risco. Desse modo, às terças-feiras, no período vespertino são reservados horários para o atendimento desse público alvo da intervenção.

Foi criado o grupo de idosos, o qual funciona com uma frequência quinzenal ou mensal nos casos onde temos que desenvolver outras ações programáticas que também exigem de atenção. Neste grupo, se oferecem palestras e orientações à usuários e familiares sobre alimentação saudável e prática de exercícios físicos.

Além disso, é aferida a pressão arterial, realizado o hemoglicoteste, e também são solicitados exames nos casos dos idosos faltosos a consulta.

Outro ponto positivo registrado foi a procura por parte dos idosos ao atendimento odontológico, aumentando o número de usuários com consulta odontológica em dia.

Todavia, faltam algumas ações para alcançar futuramente, como o aumento no número de vagas para o atendimento odontológico. Para esse indicador foi alcançado ao término da intervenção apenas 77 (25,8%) idosos com primeira consulta odontológica.

Dentro das ações que facilitarem esse resultado, está a inserção dos dentistas efetivos que atendem na área física da UBS na intervenção. Garantindo 3 vagas semanais para os idosos, na agenda desses profissionais. Também os usuários foram orientados durante as consultas médicas para procurarem atendimento odontológico nas UBS que oferecem esse serviço.

Também é necessário garantir a prioridade para realização dos exames complementares aos idosos hipertensos e/ou diabéticos em dia de acordo com o protocolo. A meta proposta desse indicador foi atingida e apresentou resultados semelhantes ao longo da intervenção. No primeiro mês foram solicitados exames complementares a 47 idosos hipertensos e/o diabéticos (95,9 %). No segundo mês 79 (97,5 %), no terceiro 126 (100,0 %) e no quarto mês 173 (100,0 %). Contudo, o problema não está na solicitação dos exames, mas na disponibilidade de vagas para a realização desses exames solicitados, e, no retorno dos usuários à consulta.

A distribuição da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados é uma das metas que também não foi atingida. O primeiro mês da intervenção somente 16 idosos (19,0%) receberam a Caderneta, no segundo, terceiro e quarto mês teve um incremento pouco notório, sendo distribuídas 47 (34,8%) cadernetas no segundo mês, 111 (50,7%) no terceiro mês, e 160 (53,5%) no quarto mês. Essa ação precisa ser melhorada, no entanto, é necessário um apoio da gestão no envio do material em quantidades suficientes para serem direcionados à população alvo.

Além disso, existem outras debilidades a serem resolvidas, como a integração e participação ativa da comunidade, a criação dos Conselhos de Saúde, a inserção de outros profissionais como nutricionista e educador físico, para as

atividades no grupo de idosos, sendo essa uma das metas a serem desenvolvidas futuramente.

O impacto da intervenção ainda é pouco percebido pela comunidade. Na UBS, a intervenção está bem inserida e os idosos demonstram satisfação com a prioridade no atendimento e as facilidades que lhe estão sendo garantidas. Apesar da ampliação da cobertura do programa para 28,2%, ainda temos muitos idosos sem cobertura, cerca de 760 idosos.

A equipe reconhece o apoio oferecido pela gestão da unidade para desenvolver as ações, mas, ainda existem dificuldades como: as vagas no laboratório para a realização dos exames complementares, devido à grande demanda de pessoas que procuram esse serviço. O mesmo acontece com o atendimento odontológico para a população alvo de nossa intervenção. Consideramos que pode ser analisadas mais uma vez as duas situações e com apoio da gestão municipal avaliar a possibilidade de garantir mais profissionais para referido serviço.

Por fim, fica claro que a intervenção contribuiu ativamente na melhoria da assistência a Atenção à Saúde do Idoso, sendo incorporada à rotina da UBS garantindo uma continuidade das ações planejadas. Assim, seria interessante a continuidade do apoio dessa gestão às atividades proposta pela equipe 1.2 da UBS Professor Mariano de Andrade, mantendo um trabalho de parceria e engajamento público.

6 Relatório da Intervenção para a Comunidade

Prezada Comunidade,

Durante um período de 16 semanas, na Unidade de Saúde Professor Mariano de Andrade, foi realizada uma intervenção no foco em Atenção à Saúde do Idoso.

Para a escolha dessa ação a ser melhorada (Atenção à Saúde do Idoso) foi levado em consideração a realidade epidemiológica da área de abrangência da unidade de saúde bem como as fragilidades do processo de trabalho de nossa equipe. Dessa forma, essa Intervenção foi iniciada a partir do dia 5 de setembro de 2014 e finalizada no dia 5 de dezembro de 2014.

Apesar da intervenção ter como resultado a melhora no atendimento de 28,2% (299) dos usuários idosos residentes na área de abrangência, ainda temos muitos idosos sem cobertura de atendimento.

A atenção à população alvo da intervenção teve como benefícios, a criação do grupo de idosos, o qual funciona com uma frequência quinzenal ou mensal nos casos onde temos que desenvolver outras ações programáticas que também exigem de atenção. Neste grupo de idosos todos os participantes e seus familiares recebem orientações sobre temas de saúde relacionados com as doenças mais freqüente para este grupo etário, a prática de exercício físico, orientação nutricional, e trocas de vivências entre outras atividades, que permitem melhorar a qualidade de vida de nossos idosos.

Além disso, melhorou o acolhimento para os usuários dessa faixa etária na unidade, e está sendo garantido o agendamento dos usuários para consulta de medicina geral, priorizando os que apresentam maior risco. O atendimento para

essa população é realizado às terças-feiras no horário vespertino, o que garante organização e qualidade na assistência.

Ainda faltam coisas para serem alcançadas futuramente, como: aumentar o número de vagas para o atendimento odontológico, assim como garantir a prioridade para realização dos exames complementares em dia, de acordo com o protocolo. Além de outras debilidades a serem resolvida, como a integração e participação ativa da comunidade, a criação dos Conselhos de Saúde, a inserção de outros profissionais como nutricionista e educador físico, para as atividades no grupo de idosos, sendo essa uma das metas a serem desenvolvidas futuramente.

Embora ainda falte muito para fazer, já foram dados os primeiros passos. Todas as ações desenvolvidas formam parte da rotina do serviço.

Sendo assim, solicitamos o apoio da comunidade, pois o trabalho em conjunto facilitará alcançar melhores resultados nas ações como: busca ativa de idosos faltosos às consultas, facilitar os locais para as atividades do grupo de idosos, identificação de idosos que moram sozinhos, e outros que precisarem do suporte da equipe, divulgar as atividades que estão sendo desenvolvidas na UBS.

Considero que estamos no caminho certo, os resultados são os esperados, pois, nossa meta inicial foi criar estratégias de trabalho e inseri-las em nossa rotina diária. O trilho está criado, agora é manter os resultados alcançados.

7 Reflexão crítica sobre meu processo pessoal de aprendizagem

Quando iniciei o curso de especialização não tinha muitas expectativas. Tive experiências anteriores das quais não gostei, porém achei que nesta oportunidade aconteceria a mesma coisa, além das dificuldades com a língua portuguesa, o que ira gerar maior esforço e dedicação.

Mas sempre estou na procura de conhecimentos e aprendizagens para melhora pessoal e profissional, estava frente a uma grande oportunidade, portanto deveria voltar todo meu interesse.

Ao longo do tempo fui conhecendo a plataforma, a organização do curso, as orientações das atividades, a dedicação da orientadora, foram aportando novas idéias, novos conhecimentos, que fizeram me comprometer cada dia mais, gostar e amar do que estava fazendo.

Foram muitas as dificuldades com a redação dos textos, com o vocabulário certo para expressar as idéias que estava querendo dizer, mas com a ajuda da orientadora foram superadas.

Sempre tratei de entregar as tarefas e seguir as orientações, para não ficar atrasada. Quanto à participação nos fóruns sempre achei interessante podermos compartilhar nossas experiências com os outros colegas da turma.

A intervenção teve um grande impacto no meu processo de aprendizagem, para a equipe e para a UBS em geral. Proporcionou uma transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e da população, articulando o trabalho da equipe com outros serviços oferecidos na UBS. Tanto eu como a equipe tenho passado por um processo de crescimento, de amadurecimento profissional, propiciado pelas vivencias dos conhecimentos adquiridos durante este período.

Como profissional tenho encontrado o curso excelente, tem me aportado muitos conhecimentos sobre a abordagem das doenças no Brasil, para o

desenvolvimento do trabalho em equipe, a responsabilidade de buscar alternativas para garantir a realização das ações e inseri-las na rotina da UBS. A revisão de temas para desenvolver os distintos casos clínicos e os estudos da prática clínica, foi outro dos ganhos que tive, pois, recuperei o hábito e o compromisso com o estudo, e a cada semana adquiri mais um conhecimento. O curso tem significado uma grande experiência de superação na prática profissional, e as minhas expectativas iniciais foram superadas.

Eu me sinto muito gratificada por ter me envolvido neste projeto, que me facilitou conhecer melhor o sistema de saúde do Brasil. Fiquei impressionada da forma que foi gerenciado o curso, levando a mão do especializando, todos os materiais necessários para a realização das atividades.

Dentro dos aprendizados que achei mais relevantes decorrentes do curso, estão os relacionados com os protocolos de atenção a população na atenção básica, tendo em vista os Princípios e diretrizes do SUS no Brasil. Em minha experiência pessoal fiz uso desse material com frequência, foi uma ferramenta que me facilitou garantir e melhorar a qualidade do atendimento aos distintos grupos populacionais.

Os casos clínicos interativos foi outro dos aprendizados que considero fundamental, tendo em vista que fizeram uma seleção dos problemas de saúde mais comuns na atenção básica. Na minha experiência pessoal fiz impressão de cada um deles e os tenho como guia de estudo caso precise esclarecer alguma dúvida. Mesmo com a experiência no trabalho na atenção básica, as diferenças entre as populações são notáveis, e a forma de avaliar os casos também são variados.

Contudo, considero que meu processo de aprendizagem foi desenvolvido adequadamente, sempre com ajuda dos orientadores, os que tiveram um papel fundamental ao longo do curso. Todos juntos conseguimos melhorar a qualidade do atendimento nas UBS. Desenvolvendo ações e planejando estratégias de trabalho que hoje formam parte da rotina das ESF.

Agradeço pela oportunidade de formar parte do SUS do Brasil, pela superação pessoal e profissional que me foi garantida, e por ser parte da história do povo brasileiro. Nenhuma palavra, por mais bela que fosse, poderia exprimir minha gratidão.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** Cadernos de Atenção Básica n.19. Brasília. 2013.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
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.

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

Anexo C- Planilha de coleta de dados

Coleta de dados Idosos, semana 1 yaritza [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel

Indicadores de Saúde do Idoso - Mês 1									
Dados para coleta	Número do idoso	Nome do idoso	Idade do idoso	O idoso está com a Avaliação Multidimensional Rápida em dia?	O idoso está com exame clínico apropriado em dia?	O idoso é hipertenso e/ou diabético?	O idoso hipertenso e/ou diabético está com solicitação de exames complementares periódicos em dia?	O idoso está com prescrição de medicamentos prioritariamente pela Farmácia Popular?	O idoso acessa algum serviço de saúde cadastrado?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de idosos cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	1								
	2								
	3								
	4								
	5								
	6								
	7								
	8								
	9								
	10								
	11								
	12								
	13								

Apresentação | Orientações | Dados da UBS | Mês 1 | Mês 2 | Mês 3 | Mês 4 | Indicadores