

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 7**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção à Saúde dos Idosos, na UBS Centro Municipal
Braga, Braga/RS**

Fermin Porfirio Pineiro Rubalcaba

Pelotas, 2015

Fermin Porfirio Pineiro Rubalcaba

**Melhoria da Atenção à Saúde dos Idosos, na UBS Centro Municipal Braga,
Braga/RS**

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

Orientador: Giselle Lima Aguiar Correia

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

R894m Rubalcaba, Fermín Porfirio Piñeiro

Melhoria da Atenção à Saúde dos Idosos, na UBS Centro Municipal Braga, Braga/RS / Fermín Porfirio Piñeiro Rubalcaba; , orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

100 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. , , orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho a meus pais Deise e Jorge pelo apoio e incentivo a mim dedicado. A minha namorada Liyania Mayer Marrero e minha família, em especial, minhas irmãs pela compreensão, paciência e cooperação desde o ingresso e durante de toda a minha vida acadêmica.

Agradecimentos

Agradeço à Deus que está sempre em meu caminho. Aos meus pais, Deise e Jorge, pelo exemplo de carinho, honestidade e amor, que sempre dedicaram a toda lá família.

À todos os meus companheiros de trabalho, que sempre estiveram presentes na realização deste trabalho.

À toda equipe da ESF do município de Braga, aos agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem, dentista, nutricionista, gestor de saúde e a comunidade, por sua participação e apoio, compreensão de nosso projeto.

Agradeço em especial, minha enfermeira Kierli Hames e minha orientadora Giselle Lima Aguiar Correia, que acompanhou esta caminhada, orientando para uma prática profissional com qualidade, reforçando sempre a importância da busca de novos conhecimentos.

A todos os professores do Curso de Serviço Social da UFPEL, que orientaram e ensinaram sobre como fazer o projeto, contribuindo com a formação, sendo verdadeiras fontes de conhecimento, dando um norte verdadeiro sobre nossa comunidade.

Agradeço pela paciência e dedicação, na realização do trabalho, amizade e comprometimento em todas as disciplinas, nos fazendo refletir sobre a ética profissional e trazendo conteúdos atualizados e a temática do envelhecimento para melhorar a qualidade de vida de todos os idosos em nossa população.

“Envelhecer ainda é a única maneira que se descobriu de viver muito tempo”.

Charles Saint-Beuve

Resumo

RUBALCABA, Fermin Portirio Pineiro. **Melhoria da Atenção à Saúde dos Idosos, na UBS Centro Municipal Braga, Braga/RS.** 2015. 94f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Ano.

A população idosa representa atualmente, o segmento populacional que mais cresce no Brasil. Frente a essas modificações, a institucionalização de idosos deve ser configurada como uma forma de oferecer compreensão e respeito aos idosos e não apenas como uma entidade de acolhimento aos mesmos. Com o crescimento dessa população idosa e dependente de cuidados, as unidades de saúde destinadas a prestar assistência a essa população se tornam cada vez mais necessárias. Dessa forma, foi realizado um trabalho de intervenção na Unidade de Saúde de Braga, Braga/RS, no período de 12 semanas. Este trabalho tem como objetivo Melhorar Atenção à Saúde dos Idosos na Unidade Básica de Saúde Centro Municipal Braga, Braga/RS. Obteve-se como resultados, cobertura do Programa Saúde do Idoso com 301 (94,7%) idosos cadastrados dos 370 estimados pertencentes à área de abrangência da UBS de Braga; também houve melhora da qualidade dos atendimentos, com realização da Avaliação Multidimensional Rápida, exame clínico apropriado, solicitação de exames complementares periódicos quando hipertenso e/ou diabético, priorização da prescrição de medicamentos da Farmácia Popular, rastreamento para HAS, rastreamento quando da HAS ou PA sustentada acima de 135/80 mmHg para DM e avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% idosos, cadastro de 23 (100%) dos idosos acamados ou com problemas de locomoção da área da UBS, realização de visita domiciliar a 100% destes, realização da primeira consulta odontológica em 301 (100%) dos idosos; melhora da adesão dos idosos ao acompanhamento médico, através da busca de 100% dos idosos faltosos às consultas programadas; melhora dos registros, com manutenção de registro específico de 100% das pessoas idosas e distribuição da Caderneta da Pessoa Idosa a 100% dos idosos; melhora da avaliação de risco, por meio da avaliação de risco de morbimortalidade, da presença de indicadores de fragilização na velhice e da rede social em 100% dos idosos e melhora da promoção à saúde. O presente projeto realizou atividades culturais, educativas e preventivas, realizadas pelo Programa da Saúde da Família (PSF) do Município de Braga, propiciando ações de cuidado aos idosos. Assim, foram realizadas semanalmente, atividades, como: “círculo de avôs”, atividades manuais, tarde do café, confraternizações em datas comemorativas. Dentre os idosos, 173 eram mulheres e 145 homens. Durante as visitas, os idosos participavam ativamente das atividades propostas pela equipe de saúde, havendo dessa forma, uma grande aceitabilidade e afinidade entre a equipe e o idoso. Foram observados grandes avanços em relação aos cuidados com a saúde bucal dos idosos, sendo diagnosticadas algumas patologias bucais. De acordo com as atividades desenvolvidas, foram observadas inúmeras contribuições na saúde de forma humana, com todos os idosos, tendo em vista, que as ações refletiram numa melhoria significativa da qualidade de vida e bem-estar geral dos idosos de nossa população.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico Cobertura do Programa de Atenção á saúde do idoso na unidade de saúde de acordo com o protocolo na ESF de Braga - RS- 2015.	64
Figura 2	Gráfico Proporção de idoso com prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada de acordo com o protocolo na ESF de Braga -RS- 2015.	66
Figura 3	Gráfico Proporção de idoso acamados ou com problema de locomoção cadastrado na ESF de Braga -RS- 2015.	67
Figura 4	Gráfico Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na ESF 2 Braga -RS- 2015.	69
Figura 5	Gráfico Proporção de idoso com registro na ficha de espelho em dia na ESF Braga-RS - 2015.	70
Figura 6	Gráfico Proporção de idoso com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa na ESF de Braga -RS- 2015.	71
Figura 7	Gráfico Proporção de idoso com Avaliação de o risco para morbimortalidade em dia na ESF de Braga -RS- 2015.	72
Figura 8	Gráfico Proporção de idoso com avaliação para fragilização na velhice em dia na ESF de Braga -RS- 2015.	73

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário da Saúde
AMAS	Associação Municipal de Assistência Social
CEM	Centro de Especialidades Médicas
CERSAM	Centro de Referência em Saúde Mental
CGR	Centro Geral de Reabilitação
DIU	Dispositivo Intrauterino
DM	Diabetes Mellitus
ECG	Eletrocardiograma
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Hipertensos e Diabéticos
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
SAMU	Serviço Móvel de Urgência
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

Sumário

Apresentação	9
1 Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	25
2 Análise Estratégica	26
2.1 Justificativa	26
2.2 Objetivos e metas	3028
2.2.1 Objetivo geral	30
2.2.2 Objetivos específicos e metas	30
2.3 Metodologia	320
2.3.1 Detalhamento das ações	32
2.3.2 Indicadores	53
2.3.3 Logística	58
2.3.4 Cronograma.....	62
3 Relatório da Intervenção.....	65
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	59
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	667
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	667
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	667
4 Avaliação da intervenção.....	693
4.1 Resultados.....	693
4.2 Discussão	80
5 Relatório da intervenção para gestores	83
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	85
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	88
Referências	91
Apêndices.....	92
Anexos.....	96

Apresentação

O presente volume refere-se ao trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em saúde da Família – Modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas, sendo constituído por uma intervenção com objetivo de Melhoria da atenção à Saúde dos Idosos, na UBS Centro Municipal Braga, Braga/RS.

O volume está organizado em sete unidades de trabalho, sequenciais e interligadas. No primeiro capítulo, temo a Análise Situacional, com a descrição do município no qual a ESF está localizada, as características da unidade e da rede de atenção à saúde do município.

No segundo capítulo é apresentada a análise estratégica que expõe a o Projeto de Intervenção, com a descrição da justificativa, objetivos, metodologia, logística e cronograma.

A terceira parte apresenta, o relatório da intervenção realizada ao longo de 12 semanas decorridas a intervenção, com a descrição das facilidades e das dificuldades encontradas para concretização das atividades propostas.

No quarto capítulo, encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da intervenção, juntamente com a discussão.

A quinta e sexta parte constam os relatórios para o gestor e comunidade, respectivamente.

Na sétima parte encontra-se a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Finalizando o volume, estão os anexos e apêndices utilizados durante a realização deste trabalho.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Centro Municipal de Braga, contempla um total de 3700 usuários, os quais estão cadastrados, para um total de 989 famílias. A equipe multiprofissional que compõe a Estratégia de Saúde da Família (ESF) está composta por dez Agentes Comunitários de Saúde (ACS), duas enfermeiras e dois médicos. Mantenho adequadas relações de trabalho e afetiva.

A unidade possui vínculo institucional com um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e um Hospital de pequeno porte onde são atendidas todas as urgências. O município tem contrato com clinica privadas e Hospital de grande porte, que tem especialistas de cirurgia, pediatria, dermatologista, ortopedista, psiquiatra e psicológica, cardiologia, Urologia, Ginecologia e Traumatologia. Na área de abrangência, existe um com conselho local de saúde.

A estrutura física, podemos considerar que é construção nova, e foi construída de acordo com o que preconiza o Ministério de Saúde (MS). Está composta por uma sala de espera, sala de triagem, consultórios médicos, consultório de enfermagem, sala de curativo, sala de vacinas, farmácia e um consultório odontológico. Apesar da pretensão, existem algumas deficiências que impede um bom funcionamento da unidade de saúde, pois ainda, o trabalho da equipe, não funciona como está descrita no manual. As visitas domiciliares só podem ser feita às pessoas que moram perto da unidade, devido a problemas do transporte.

Atualmente a população não tem uma ideia clara do sistema da atenção primária, que ajudaria a aliviar os hospitais e articular o sistema de atenção primária, com a atenção secundária, permitindo uma atenção qualificada e resolutiva a cada usuário que precisasse.

O Sistema único de saúde (SUS) defende o atendimento, seguindo a política da humanização, que preconiza a atenção, o esclarecimento de dúvidas quanto ao estado de saúde, a agilidade no atendimento, adequando-se às necessidades de cada população. No entanto, não somente funcionários de recepção são responsáveis pela qualidade no atendimento, o papel dos usuários é relevante para que a procura por estes serviços seja bem sucedida. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes saúde da família, a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica, especialmente no contexto do sistema único de saúde (SUS). A equipe cuida de um número determinado de pessoas, neste caso, além de fazer um adequado planejamento, dando prioridade aos grupos de atenção, sendo: gestantes, crianças, HIPERDIA, saúde mental, idosos.

O cadastramento é feito pelos agentes de saúde (ACS) que visitam as residências da área. Porém, o número de cadastrados, nem sempre corresponde ao número real dos usuários da unidade. Isso ocorre principalmente porque muitos moradores se mudam e não transferem o seu cadastro para o posto de saúde responsável pela área da sua nova residência. Sendo esses, de vital importância no processo da atenção básica de saúde, sendo eles, a base de todo o sistema. São os agentes de saúde que colhem os dados primários das famílias assistidas, as cadastra nos sistemas de informação. Segundo informado, a unidade consegue ter uma boa resolutividade nas suas ações, tanto no que se refere à promoção, prevenção e recuperação da saúde, o que assinala para a importância estratégica da Saúde da Família, na missão de resolver no mínimo 80% dos problemas de saúde da sua população.

Através do reconhecimento das deficiências presentes na UBS, poderemos atuar no sentido de reduzi-las.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O Município de Braga localiza-se na Região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Região Sul do Brasil, a uma distância de aproximadamente 441 km da capital Porto Alegre, estando a uma Altitude de 441 metros acima do nível do

mar, nas coordenadas geográficas Latitude 27°36'50"S, e Longitude 53°44'22"W. Pertencendo a denominada "Região Celeiro" do estado. O mesmo limita-se ao Norte, com o município de Miraguai, ao Sul, com o município de Coronel Bicaco, ao Leste, com o município de Redentora e ao Oeste, com os municípios de Campo Novo e Bom Progresso.

A estrutura física é formada por depressões e elevações. A economia é forte na pecuária e agricultura.

Possui 02 equipes de saúde da família, desenvolvendo atividades preventivas e curativas, conforme orientação do Ministério da Saúde. As 2 equipes trabalham em uma Unidade Básica de Saúde tradicionais.

Na área da Saúde Bucal, o município possui 02 equipes, – Núcleo de Apoio a Saúde da Família Composta por: Nutricionista, Psicóloga, Assistente Social, Fisioterapeuta, e Educador Físico.

O município tem um Hospital, que apresenta dificuldade com a prestação de serviços médicos nas emergências, neste caso, não só pela falta do recurso humano, também por estrutura deficiente, assim como a falta de equipamento médico e medicamentos. Não existe serviço de SAMU, os usuários tem que ser encaminhados para serviços de maior complexidade, são remanejados em ambulância.

Temos um laboratório vinculado à secretaria de saúde que faz os exames de rotina e a coleta para os de prioridades, para atenção pré-natal e HIPERDIA. Não contamos com serviço de laboratório de urgências. Quando são solicitados, os exames à usuário não incluso nestes grupos, requer a autorização da secretaria de saúde. Os estudos radiológicos são feitos o RX simples e o Ultrassom, através de um convênio da secretaria com uma clínica privada em três passos. Outros complementários como RMN, TC, Endoscopia e atendimento com especialidades, procedimentos cirúrgicos eletivos, são marcados pela central e podem demorar até um ano para ser consertados, gerando muitas insatisfações para a população, como para o pessoal médico.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Braga se localiza na cede urbana, com abrangência aos bairros: Centro, Bairro União e Bairro Evangélico. O modelo da atenção é Estratégia de Saúde da Família e tem vínculo com instituições de ensino. Atualmente, cada equipe está composta por: 2 auxiliar de serviços, agentes comunitários de saúde, 4 técnico de enfermagem, 2 enfermeiras, uma técnica em

saúde bucal, 2 dentistas e um médico do Projeto Mais Médicos. É uma unidade básica, com estrutura física do local tradicional, conta com área de recepção, Quatro consultórios de atendimento (médico, enfermagem, odontologia) 5 banheiros e uma copa. Portanto, não existem deficiências estruturais que afetam o atendimento dos usuários.

A acessibilidade para pessoas com dificuldade de locomoção (como cadeirantes, idosos e pessoas com muletas) é facilitada pela presença de uma rampa, que inclui todas as barreiras arquitetônicas, permitindo o livre acesso de pessoas deficientes e com limitações, como rampas de acesso, portas com dimensões ampliadas, barras de apoio, etc. Tendo em conta as normas que preconiza o Manual na proposta da construção de nova unidade de saúde, onde tem uma estrutura física adequada.

Não temos problemas na prestação de serviços relacionados com a estrutura física e disponibilidade de equipamento, instrumentos, medicações e insumos em nossa Unidade de Saúde. É oferecido um bom atendimento, com maior qualidade e conforto para o usuário. São reduzidos os atendimentos e/ou encaminhamentos nas unidades de urgência hospitalar e em consequência, uma resolutividade em atenção primária de saúde, e uma maior satisfação dos usuários com nossos serviços.

Nossa área de abrangência está definida. Atendemos a uma população cadastrada de 3700 usuários, oferecemos serviços de saúde para toda população maior em atividades de consulta de demanda espontânea, da população residente em localidades vizinhas.

A equipe vem desenvolvendo atividades que são planejadas mensalmente, fazendo um cronograma de trabalho que inclui ações da estratégia saúde da família. Exemplo, Saúde da mulher (pré-natal, puerpério, planejamento familiar, prevenção do câncer do útero e mama) Saúde da Criança e adolescente (imunização, vigilância alimentar nutricional, DTS, gravidez na adolescência) Adulto (hipertensão, diabetes, saúde do homem, hanseníase, tuberculose, saúde mental e saúde de idoso). Além de atividades educativas, de promoção de saúde na comunidade e nas escolas que pertencem a nossa área de abrangência, em conjunto com NASF (educação em nutrição; ações ao uso indiscriminado de medicamentos; reabilitação da incapacidade e deficiências; e o acompanhamento de pessoas em situação de risco psicossocial).

Identificamos vários obstáculos, que constituem desafios a serem superados: As atribuições profissionais são exercidas de maneira importante por todos, com a integração dos membros das equipes na assistência aos usuários, a qual felizmente ocorre de maneira muito positiva, com o trabalho em equipe muitas vezes dificultado pela falta de profissionais, causando sobrecarga a outrem. O trabalho em equipe Intersetorial e as atividades comuns a todos os profissionais envolvidos na ESF. Cada um deles tem função específica, mas considero de suma importância desenvolver tanto um trabalho colaborativo e conjunto, envolvendo todos os membros da equipe, quanto trabalhos específicos, seguindo as atribuições que regulamentam o exercício de cada uma das profissões, e fortalecer o vínculos entre os profissionais, garantindo uma construção de uma prática multidisciplinar, na qual, o diálogo deve permitir a aproximação entre as partes, tendo-se a clareza de que todo conhecimento parcial, só ganha significado quando referido no conjunto. Ainda temos garantido a incorporação dos profissionais de saúde bucal, nas atividades planejadas pelo resto dos profissionais da equipe.

Analisando o processo de trabalho em nossa Unidade Básica de Saúde, enquanto as atribuições dos profissionais, podemos dizer que temos atribuições e funções comuns e específicas. Em nosso caso, comprovamos que se desconheciam as funções específicas a desenvolver na Atenção Básica. Por enquanto, não eram cumpridas em sua totalidade. Então, o primeiro passo, foi reunir com os membros da equipe, e dar a conhecer isso, para garantir assim, um melhor entendimento das partes, pois cada um tem sua atribuição bem definida, mas é preciso o trabalho em conjunto, de maneira cooperativa, sem superioridade por parte dos profissionais de maior nível científico, e valorizando sempre as funções de cada um dentro da equipe.

Atualmente temos um contato quinzenal para avaliar as ações programáticas e planejar as próximas a fazer, só garantindo a participação dos 10 agentes comunitários de saúde, que cada dia, temos mais fortalecimentos dos vínculos do trabalho, mas acredito que mais pra frente, garantiremos a incorporação do resto da equipe.

A população da área adstrita, contempla um total de 3700 usuários, para um total de 725 famílias. O perfil demográfico da população seguem idade e sexo esta acordo com ao estimado da distribuição brasileira. Contamos com duas equipes da saúde da família, o qual, é suficiente, pois a população não é superior a 4000

habitantes, temos uma estrutura física adequada, para o tamanho da área adstrita. O perfil demográfico da população, seguem idade e sexo e está distribuída da seguinte forma:

Sexo	<1	1-4	5-6	7-9	10-14	15-19	20-39	40-49	50-59	>60	Total
Masculino	13	75	112	129	134	285	225	382	280	145	1780
Feminino	6	65	135	155	140	210	320	347	369	173	1920
Total	19	140	247	284	274	495	545	729	649	318	3700

Ainda o trabalho da equipe de saúde não cumpre com todos os propósitos para dar atenção integral à comunidade, além disso, estamos fazendo um esforço para garantir que todos os integrantes de nossa equipe, tenham como princípio do atendimento a escuta, e análise, que sejamos capazes de compreender o sofrimento de cada usuário e desta forma, poder oferecer respostas positivas e orientar adequadamente acordo em suas necessidades.

É de conhecimento de todos, que o acolhimento pode ser feito por qualquer membro da equipe, em nosso caso, só é feito pelo técnico de enfermagem. Não conto com recepcionista, o qual só faz preenchimento às fichas e passa direto à consulta médica, sem ver as necessidades de cada usuário, ou seja, não existe uma análise das demandas recebidas. Não é capaz de fazer derivações dos usuários para a consulta do enfermeiro. Ele envia todos os usuários para consulta médica. O problema principal é a metodologia de trabalho da equipe. Temos necessidade de mudar o uso dos fluxogramas descrito na leitura, pois eles ajudam a organizar o trabalho e educar a população.

A puericultura constitui um eixo fundamental na atenção básica de saúde, pois permite a identificação de riscos, a prevenção de agravos e doenças, assim como fazer ações que contribuem a melhoria da saúde infantil. Nossa equipe de trabalho acompanha a 15 crianças menores de 1 ano, pertencentes a nossa área de abrangência, que representa 93%, seguem a estimativa populacional.

Foi uma das atividades que necessitamos desde o início do trabalho do programa, na unidade, pois só se limitava ao peso e altura, feito pelos agentes comunitários de saúde, sem a avaliação de crescimento e desenvolvimento pelas curvas correspondentes, que são as que permitem fazer uma adequada avaliação nutricional, e identificar precocemente situações de maior risco de mobilidade.

Temos criados dois grupos de crianças, divididas por micro áreas, trabalhando com elas, no espaço comunitário. Neste caso, no CRAS, onde além, do atendimento e avaliação, as crianças brincam e faz atividades educativas com a assistente social, fazemos palestras, atividades de promoção de saúde com as mães, demonstrações de como preparar o soro oral, de como alimentar adequadamente a criança, a prevenção de acidentes, a higiene bucal, vacinação, cuidados gerais da criança, entre outros temas de interesse, com um objetivo primordial, educar e conscientizar aos pais, no cuidado da criança, estimular o desenvolvimento e diminuir a morbimortalidade infantil.

Outro aspecto importante é a visita domiciliar, que deveria ser feita a 100% destas crianças, e priorizar aquelas com algum risco presentes, com um objetivo de conhecer as condições de moradia, estrutura e dinâmica familiar, condições socioeconômicas, ambiental, e trabalhar na modificação dos riscos encontrados.

Orientar aos pais quanto ao desenvolvimento psicomotor da criança, seguindo a idade, para que estimulem a criar habilidades correspondentes, e criar as condições, de acordo às suas possibilidades, para que a criança cresça com um melhor nível de vida e saúde.

Sensibilizar a equipe de saúde da família, a realizar a consulta de puericultura com a maior qualidade, fazendo uma avaliação integral da criança, incluindo a equipe de saúde bucal. Intensificar a visita ao recém-nascido e a puérpera, garantindo a consulta antes dos 7 primeiros dias de vida, acompanhar a situação vacinal das crianças e procurar manter atualizado o calendário vacinal. Além de fazer uma avaliação periódica do cumprimento dos indicadores de qualidade, na unidade básica de saúde.

O atendimento de pré-natal na atenção básica deve ser organizado para atender as reais necessidades de toda a população de gestantes da área de abrangência do serviço de saúde, por meio da utilização de conhecimentos técnico-científicos e dos meios e recursos adequados disponíveis. Para isso, a estrutura física desse serviço, deve ser adequada e funcional, propiciando condições favoráveis de trabalho aos profissionais e agradáveis às gestantes.

Em nosso caso, além de cumprir com a proposta do protocolo do município, decidimos acrescentar as medidas na qualidade de atenção as grávidas, para diminuir ao mínimo possível, a mobilidade e mortalidade materno-fetal. Ainda temos barreiras a vencer como: a demora na Inter consultas com as especialidades, a

realização e entrega dos exames laboratoriais solicitados e no momento do parto, nas unidades de urgência, pois no município tem um Hospital, mas, não tem parceria com a secretaria de saúde municipal, tem dificuldade no atendimento dos usuários, que são os que sofrem as diferenças administrativas e políticas existentes.

Atualmente na atenção pré-natal, funcionamos da seguinte maneira: A captação é feita pela enfermeira e a médica, antigamente só era feita pela enfermeira, isso ocasionava retardo na mesma, pois esta enfermeira poderia estar realizando outra atividade. A captação precoce favorece a prevenção da morbimortalidade materno fetal, durante a gravidez.

Temos um cartão espelho das grávidas, além do caderno do atendimento e de agendamento das consultas, onde avaliamos a assistência ou não, orientando ao agente de saúde, que localize e investigue a causa, além de reagendar a consulta.

Procuramos desde da primeira consulta, identificar os riscos existentes e planejar o acompanhamento a depender deles, por exemplo, os usuários com risco de eclâmpsia, temos que avaliar peso e pressão arterial semanal, independentemente do tempo da gestação, fazer a avaliação nutricional à captação, para conhecer o estado nutricional ao início, o ganho de peso esperado, a orientação nutricional. Temos dificuldade ainda com o acompanhamento com a nutricionista, pois todas devem ser avaliadas por ela, mas não acontece assim, pelas instabilidades na prestação do serviço em nossa unidade. Calculamos o IMC em cada consulta e avaliamos comportamento da curva de peso. Orientando horário adequando das refeições, qualidade dos alimentos, alimentação saudável e realizar atividade física. O repouso em decúbito lateral esquerdo, para melhorar o fluxo sanguíneo, a prática de relações sexual para ser protegida, para evitar as doenças de transmissão sexual, tratamento das infecções, com esposo ou parceiro.

Orientar o horário de dormir e descanso, uso de roupa e calçado adequado, explicar as eliminações fisiológicas durante a gravidez, e ter apoio psicológico, incorporação no grupo das gestantes, que participam no grupo mãe coruja, que reúne-se no CRAS, fazendo atividades grupais, sendo promoção e psicoprofilaxia durante a gravidez, e trabalho em conjunto da Unidade de Saúde e Assistência Social. Nestas atividades, abordamos a Puericultura, Pré-natal, os tipos de parto, como preparar para o momento do parto, os sinais e sintomas de alarme, as complicações da gravidez, seguir o trimestre da gestação, entre outros temas de

interesse, são abordados. Temos que ter a incorporação dos pais, para garantir uma melhor preparação, à responsabilidade da maternidade e paternidade.

Com a primeira reunião da equipe desenvolvida com o objetivo de planejar as ações de saúde, que responderá aos diferentes programas estabelecidos pelo ministério de Saúde no Brasil falamos a importância de fazer as puericulturas todas quarta feira de cada semana, trabalhar com o programa Saúde da criança com o objetivo de controlar os riscos que afetam a cada criança. O trabalho dos ACS é promover na comunidade para as mães com crianças menores de um ano vir a consulta para realização da puericultura nosso município é pequeno e logramos fazer avaliação e consulta a este grupo de idade todas as crianças em nosso município tem esquema de vacinação atualizado a todas fazem o teste de pezinho e sua vacinação.

Também nossa equipe em conjunto aproveita outros espaços para dar este tipo de consultas como a pesagem das crianças do programa Bolsa família, campanhas de vacinação na comunidade, visitou os menores de um ano na sua casa para incentivar a família na importância de acompanhar as crianças no seu desenvolvimento, aqueles com melhores condições econômicas atendem a seus filhos com Pediatras particulares, muitos manifestam que fazem isso porque no município não tem pediatra. O indicador sai todo mês porque todo recém-nascido que procura a unidade para Triagem neonatal ou aquele que vai a tomar vacina, ou quem se consulta por problemas de saúde no caso de menores, aproveitamos e desenvolvemos a consulta de puericultura.

Naquelas gestantes que fossem acompanhadas no pré-natal, orientamos a importância da consulta de puericultura garantimos que algumas delas acompanhem aos bebês com a equipe, incentivando o aleitamento materno por o tempo estabelecido.

Na UBS atendemos todas as crianças que solicitam consulta por demanda espontânea e são muitas consultas realizadas por esses motivos, a população assiste com muita frequência para atendimento de doenças agudas devido também que é uma zona rural e resulta difícil o traslado para outra localidade para procurar assistência médica. Estamos trabalhando e promovendo as mães das crianças a cultura de fazer puericultura para as crianças maiores de 12 meses já começamos a realizar esta atividade, temos integrado à educadora física, nutricionista, estomatologa e a Psicóloga na realização da puericultura e realizamos atividades

de grupo com todas as crianças ainda temos que continuar educando na importância da avaliação da criança até alcançar muito mais êxitos na tarefa. É importante ressaltar que nosso município cumpre com todas as atividades do Programa da Infância Menor, também temos como dados satisfatório que o município não tem ocorrido óbitos neonatal.

O atendimento ao pré-natal na atenção básica deve ser organizado para atender às reais necessidades de toda a população de gestantes da área de abrangência do serviço de saúde, por meio da utilização de conhecimentos técnico-científicos e dos meios e recursos adequados disponíveis. Para isso, a estrutura física desse serviço deve ser adequada e funcional, propiciando condições favoráveis de trabalho aos profissionais e agradáveis às gestantes. Outro elemento muito interessante é a falta de arquivo do registro de gestantes na unidade, o qual pode ajudar no desenvolvimento do processo do trabalho, pois ganharíamos em organização. Não contamos com os protocolos de atenção pré-natal nem sistema de cadastramento pelo SISPRENATAL. Não existe equipe multidisciplinar, nem especialista de obstetrícia regularmente para intercorrência da gestante de alto risco. Não se conta ainda na UBS o grupo de gestantes, como preconiza o Ministério.

No nosso caso, a estrutura da unidade básica da saúde é ótima, não podendo assim dizer o mesmo com os equipamentos médicos, os quais são insuficientes para a demanda de usuárias, neste caso, as grávidas. O acompanhamento delas é feito mensalmente até a 28ª semana, quinzenalmente até a 36ª semana e semanalmente até o término da gestação e, que continua posteriormente com uma consulta no período do puerpério.

A visita domiciliar, ainda não é feita a 100% de nossas grávidas, sendo importante a mesma, para avaliar a funcionalidade familiar, as condições sociais, o cumprimento das medidas higiênicas e dietéticas orientadas, além de comprovar se existe o apoio familiar. A saúde bucal, é orientada a todas as grávidas, mais não temos sistematicidade da atenção.

A vacinação é feita na sala de vacina da unidade, pois lá, temos confirmação de quando é realizada, mas é orientada na consulta da captação. Temos usuárias que além de ser atendidas por nossa equipe, assistem a consultas privadas, para garantir no momento do parto as vacinas orientadas.

Em nossa área, existe uma alta incidência da gravidez na adolescência, temos que trabalhar mais com o grupo de mulheres em idade fértil, e fazer controle

de risco pré-concepcional, preparar a mulher nas condições nutricionais e psicológicas, para quando decidir engravidar, fazer o planejamento familiar, identificar aquelas que tenham doenças crônicas e controlar antes da gravidez, usar ácido fólico para evitar as malformações genéticas, evitar uso de cigarro, exposição a radiações. O período entre as gestações muitas vezes é curto, a multiparidade, por não ter um controle ou uso de método anticoncepcional, que coincide com condições socioeconômicas desfavoráveis.

A cobertura de Prevenção do Câncer de colo de Útero encontra-se abaixo do estimado para a população, de um total de 1210 mulheres entre 25-64 anos, dado estimativo. Só 727 fazem acompanhamento, seguem registro, para 62%, ficando muito por debaixo dos parâmetros estabelecidos.

Devemos voltar nosso trabalho quanto a: Atividades de promoção e educação em saúde, com uma maior participação comunitária, nas escolas, garantir 100% da cobertura da atenção, das mulheres na faixa etária compreendida entre 25-64 anos, identificar os fatores de risco, e planejar ações individuais para sua modificação, em cada caso correspondente. Vacinar contra o vírus do papiloma humano a totalidade das adolescentes cadastradas em nossa área, correspondentes a idade, são orientadas a seguir as campanhas. Promover condutas sexuais responsáveis, evitar as infecções, uso de preservativo, evitar a promiscuidade, a precocidade nas relações sexuais, explicando a influência destas práticas inadequadas na apresentação do câncer. Recuperar o acompanhamento daquelas mulheres que tem exame de prevenção atrasados, aquelas que apresentam algum resultado suspeito, para garantir a detecção precoce e tratamento oportuno da doença, e assim, reduzir a mortalidade por esta causa. Atualizar o registro dos dados, deste programa, e elevar a qualidade do preenchimento dos mesmos, para analisar sistematicamente o comportamento do programa em nossa equipe. Avaliar o programa, a coordenação de atenção básica do município, para estimular o cumprimento por parte dos profissionais da equipe.

Com respeito ao programa de controle do câncer de mama, não foi possível preencher todos os dados do caderno de ação programática, por não ter um registro que permita obter os dados necessários e solicitados. Nos prontuários, não é registrada essa informação, por enquanto, não foi possível avaliar os parâmetros de qualidade.

O total de mulheres na faixa etária de 50-69 anos, é de 174 que representa 77%, por baixo da estimativa nacional, a mamografia, ou ultrassom de mama, é prescrito de maneira oportunista. Em nosso município, não temos o equipamento para que seja realizado, as mulheres que precisam comparecer até a cidade polo, ou ao setor privado na capital, sendo custoso para algumas delas, com renda econômica insuficiente. Por enquanto, temos que fortalecer os pilares do exame físico, a todas aquelas mulheres que comparecem à consulta, como parte da avaliação integral, promover o autoexame de mama, explicar as técnicas adequadas, o momento do ciclo menstrual que deve ser feito, as características normais da mama e suas possíveis alterações. Promover hábitos e estilos de vida saudáveis, a prática de exercícios físicos e evitar o excesso de álcool, o consumo de drogas, de pílulas anticoncepcionais por tempo prolongado. Garantir com a secretaria de saúde do município, a realização de mamografias periódicas, seguir o preconizado pelo ministério da saúde.

O atendimento a este grupo de mulheres, além de fazer a consulta integral em busca de fatores de risco, antecedentes familiares, entre outros, ainda não garantimos estabilizar o planejamento das consultas por desconhecimento de valores real das mulheres compreendidas na faixa etária. Atualmente, se trabalha na elaboração do registro atualizado, que nos permita conhecer a situação real de cada uma das usuárias, para garantir um atendimento com maior qualidade e resolutividade, e garantir o acesso de todas as mulheres aos serviços de mamografia.

O atendimento da HIPERDIA é feito quinta feira, no horário da tarde, tendo em conta, o estabelecido pelo ministério, pelo médico e enfermeiro. Temos deficiências semelhantes para ambos os grupos, portanto, as ações propostas, também serão parecidas, o que facilita o trabalho, pois muitas vezes, o mesmo usuário é portador das duas doenças. Embora tenham muito que fazer, para garantir ter resultados favoráveis e garantir uma ampliação na qualidade de vida de nossos usuários. Atualmente, a cobertura de HAS é muito baixa, tendo em conta que o cadastro feito tem deficiências. Do total de 245 usuários com HAS cadastrados, seguem o reporte das agentes comunitárias de saúde, só tem acompanhamento um total de 189 usuários, tendo em conta, que o cadastro feito tem deficiências, assim como a falta de registro de hipertensos, arquivos e desatualização do cadastramento e mapeamento da população. Quando comparamos com o comportamento da

doença a nível mundial e em Brasil podemos refletir que o trabalho é deficiente e devemos encaminhar nossas ações na pesquisa dos portadores, assim como garantir que os mesmos procurem a UBS para diagnóstico oportuno e evitar futuras complicações.

Nossa unidade de saúde tem um total de 145 usuários com HAS cadastrados, seguem os registros das agentes comunitárias de saúde, mais só tem acompanhamento um total de 95 usuários, os quais foram possíveis fazer a análise dos dados solicitados através do prontuário médico e ficha de acompanhamento. O resto não se encontram os dados registrados para fazer avaliação. Nosso trabalho com este grupo ainda é deficiente, e devemos encaminhar ações na busca ativa dos usuários hipertensos, que permanecem quietos e sem queixas, desconhecendo que estão doentes, assim como, garantir que os mesmos, procurem à unidade de saúde, para diagnóstico oportuno e evitar futuras complicações, além de promover estilos de vida saudável e modificar os fatores de riscos relacionados com a doença. Interagir com a comunidade, as escolas, a rádio comunitária e conscientizar a toda população que trata-se de uma doença que prevê nível e pode ser controlável. Acrescentar as atividades físicas e evitar o sedentarismo, as boas práticas de vida, o lazer, evitar o consumo excessivo de bebidas alcoólicas.

Durante a consulta médica, é feito um exame físico integral aos usuários que permite a concretização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, apoiado com os exames complementares, elemento de muita importância para o posterior acompanhamento individualizado e para estabelecer o tratamento adequado.

As orientações vão encaminhadas a reforçar ações sobre prática de atividade física regular, orientação nutricional, mas ainda não conseguimos a incorporação da equipe de saúde bucal, na avaliação periódica e planejada destes usuários. Com atraso da consulta agendada em mais de 7 dias, 18%, as quais são recuperadas pelos agentes comunitários. Os exames complementares periódicos em dia, temos dificuldade com a realização do exame, pois muitas vezes, existe demora na realização e o resultados dos mesmos.

Devemos fazer uma pesquisa ativa e rastreamento clínico sobre HAS que nos permita ampliar a cobertura de atenção e detectar a doença precocemente, medindo a pressão arterial a toda pessoa maior de 15 anos, com fator de risco presente ou não. Capacitar aos integrantes de equipe, quanto a técnica adequada

de medir a pressão arterial, sobre os fatores de risco que podem ser avaliados na pesquisa de casos novos de HAS e o manejo higiênico dietético e farmacológico, mais adequado em dependência da classificação do usuário. Criar um arquivo que nos permita oferecer um serviço, mais rápido e contínuo. Atualizar os dados do arquivo com a informação da pesquisa, assim como agendar as consultas daqueles usuários que não tem acompanhamento. Debater com equipe de saúde bucal, a necessidade de garantir o acompanhamento integral aos usuários, assim como também a implementação dos protocolos de atuação para esta doença. Garantir por parte do gestor, a acessibilidade para realização de exames laboratoriais solicitados a este grupo de usuários.

Temos 61 usuários com Diabetes Mellitus, que são acompanhados por nossa equipe. Tendo em conta, os usuários que fazem acompanhamento em nossa unidade de saúde, posso dizer que não estamos em situações adequadas, pois temos consciência que o sub-registro pode trazer complicações aos usuários que temos na área e não passam em consulta, ou não encontra-se cadastrado.

Fazemos uma avaliação física completa, que inclui indicadores muito importante como o exame físico dos pés, palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso, assim como avaliação das sensibilidades nos últimos 3 meses, também oferecemos atividades de promoção e prevenção de saúde.

Neste grupo, temos incidência também com a realização dos exames periódicos. Em muitos casos, o mesmo usuário é portador das duas doenças. Na saúde bucal para os diabéticos, se encontra o mesmo problema dos casos dos hipertensos.

As medidas encaminhadas a contribuir a cobertura e a melhorar a qualidade da atenção, estariam dirigidas a verificar que os usuários cadastrados, compareçam à consulta, assim como o cumprimento do tratamento, garantir a formação de grupos para facilitar as atividades de promoção e prevenção de saúde, assim como garantir que todos os profissionais estejam preparados para enfrentar as dúvidas que podem aparecer em nossos usuários. Debater com equipe de saúde bucal para garantir o acompanhamento aos usuários.

Com respeito ao atendimento do HIPERDIA em nossa unidade de saúde, é feito um dia por semana, durante os dois turnos de trabalho, é planejado tendo em conta, o estabelecido pelo ministério, e feito pelo médico e pela enfermeira. Como podemos apreciar os problemas encontrados para ambos grupos, são semelhantes

pelo qual, as ações também, facilita o trabalho, pois muitas vezes, o mesmo usuário é portador das duas doenças. Ainda temos muito que fazer, para garantir ter resultados favoráveis e garantir um incremento na qualidade de vida de nossos usuários.

A expectativa de vida tem melhorado nas últimas décadas, pois lá, o envelhecimento humano faz parte da realidade social. Temos que lembrar que longevidade não significa doença, acontecendo alterações fisiológicas próprias do desenvolvimento. Às vezes que encontramos pessoas maiores de 60 anos, com deficiências, limitações, e doenças que reduzem ele desfrutar a vida, com isso, nosso objetivo na atenção básica, é garantir uma longevidade satisfatória, com um envelhecimento saudável, garantindo oferecer uma maior qualidade de vida a estas pessoas.

Em nossa área de abrangência, temos cadastrados um total de 318 usuários maiores de 60 anos, tendo uma cobertura de 86%, seguindo as estimativas do número de idosos residentes na área, que neste caso foi superada. Estes usuários são acompanhados em consulta de atendimento geral, nas consultas de HIPERDIA, onde muitos deles tem doenças crônicas não transmissível concomitantes, e nas visitas domiciliares, que para meu critério, constitui um eixo fundamental, na avaliação funcional, do funcionamento e dinâmica familiar, a identificação de riscos de acidentes, de abandono ou apoio familiar, de maus tratos físicos ou verbais, condições de vida, e estabelecer vínculos entre a equipe de saúde - indivíduo - família.

É importante sinalizar a importância de conscientizar os profissionais da equipe, com a qualidade da atenção a este grupo sensível e vulnerável, que requer de maior atenção, bom trato, cortesia, solidariedade. Às vezes que esquecemos detalhes tão importantes em nosso trabalho, em fazer diariamente, como a cortesia com a pessoa idosa, que representa sinônimo de respeito, valores, experiência e consideração, lembrar que eles, ainda são úteis, formam parte de nossa sociedade e que somos capazes de trabalhar em conjunto, equipe de saúde-indivíduo-família, garantiremos superar aquelas dificuldades que a diariamente sofrem estas pessoas, que algumas delas, são menosprezados pela família, por não ter aquela possibilidade econômica sustentável, pela independência funcional, e isso deve ser valorizado no entorno médico, psicológico, social, cultural. Trabalhamos em conjunto com a secretaria de Assistência e Promoção Social, onde ele, além de receber a

atenção médica, faz atividades manuais, de artesanato, atividades culturais, de lazer, aniversários coletivos, palestras, atividades educativas, mas só três dias por semana, ainda é insuficiente. Nosso objetivo é garantir a eles, a socialização, que encontrem no grupo, um espaço onde compartilham, elevam a autoestima, e buscam uma motivação mais de vida.

Outro aspecto que temos que fazer como cotidiano, é a avaliação funcional e familiar destas pessoas, através dos instrumentos existentes, e acrescentado à visita domiciliar. Em nosso caso, existe a dificuldade, pois só é feita visita, às pessoas idosas com alguma doença (hipertensão ou diabetes), mais tem outras pessoas idosas com limitação ou incapacidade motora identificada, sem ser incluídas neste grupo de atenção domiciliar, outro obstáculo a superar é que não conseguimos a visita do profissional de saúde mental. Nestes casos, que precisam de fazer uma dinâmica familiar, da avaliação global da pessoa idosa, pois este grupo não constitui uma prioridade no planejamento das atividades do cronograma. Por enquanto é necessário que a equipe de saúde da família e a equipe NASF, priorizem atividades de acompanhamento, de maneira humanizada, com uma abordagem integral nas ações, e de maneira sistemática.

Realizar atividades de promoção de hábitos de vida saudáveis, alimentares, atividade física, incorporação a academia de saúde, priorizando aqueles usuários que moram sozinhos, que não tem apoio familiar, aqueles onde tem disfuncionalidade familiar, porque eles são mais propensos a depressão, desmotivação, abandono, acidentes (quedas), suicídio, e a adoecer.

Incorporar a equipe de saúde bucal na avaliação integral e acompanhamento, e ações de saúde bucal, em conjunto com o resto dos profissionais da equipe.

Temos muitos desafios, além de já ter um caminho percorrido, ainda temos muito que fazer, para garantir um serviço de excelência para nossa população. Os resultados podem ser favoráveis para garantir uma atenção como solicita o ministério e como merece a população do Brasil. Nossa equipe de uma forma ou outra tem participado das reflexões que são feitas, seguindo os temas tratados no curso durante este período. Inicialmente não compartilham iguais critérios, mas com argumentos oferecidos pelo curso, tudo foi mudando, e mostram otimistas a trocar as metodologias de trabalho que temos e que nos impedem atender as

necessidades da população. Contamos com todas as ferramentas necessárias para modificar nosso trabalho.

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

Fazendo uma comparação com a tarefa apresentada na segunda semana de ambientação, podemos perceber alguns esclarecimentos favoráveis, por exemplo, a equipe de trabalho está mais organizada e unida, inicialmente não compartilham iguais critérios, mas com argumentos oferecidos, tudo foi mudando, e mostrarem otimistas a trocar as metodologias de trabalho que temos e que nos impedem atender as necessidades da população, garantimos que as reuniões sejam feitas de forma estável, pois, anteriormente, não eram feitas de forma sistemática e com pouca participação dos membros da equipe.

Existem melhores relacionamentos com a equipe de trabalho, os agentes de saúde quem ajuda muito na promoção e prevenção em saúde, apresentam maior conhecimento das doenças que afetam a população onde trabalhamos. Mas ainda continuam as dificuldades com o cadastramento, mapeamento e atualização dos dados, além do que neste momento, estamos fazendo o processo de atualização do cadastro, pois dessa forma, podemos ter uma informação, mais acertada de nossa população e poder estabelecer e cumprir com todas as estratégias propostas. Agora conhecemos, mas nossa realidade, debilidade e fortalezas. O curso de especialização oferece muita ferramenta para melhorar nosso trabalho. Em pouco tempo, temos a oportunidade, enquanto acadêmicos, de ver de perto, a realidade do sistema único de saúde, sua dinâmica de trabalho, a rotina de atendimentos, a relação entre a demanda crescente da população e os recursos disponíveis. Enquanto profissionais, de conhecer melhor o ambiente de trabalho ao qual estamos inseridos, e até repensar em estratégias de melhoria em nossa unidade e atendimento. Para todos nós envolvidos neste processo, um aprendizado e uma experiência, inigualáveis.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

Conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) o percentual de pessoas com 60 anos ou mais no Brasil é de 13,04%, variando entre as regiões, sendo que na região Sul, chega a 17,04%. Isso significa que, no Brasil, há mais de 23 milhões de idosos (BRASIL, 2010).

O SIAB lista algumas prioridades no que diz respeito à saúde da população, acompanhada pelas equipes e, dentre elas, estão o controle das pessoas idosas, sendo que esta etapa se apresentam os principais fatores de risco para as doenças dos diferentes aparelhos circulatório, respiratório e sistema metabólico. Entre suas complicações mais frequentes decorrentes destes agravos, encontram-se o infarto agudo do miocárdio, o acidente vascular cerebral, a insuficiência renal crônica, a insuficiência cardíaca, as amputações de pés e pernas, a cegueira definitivamente. Uma das ações desenvolvidas foi à criação do Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Usuários idosos.

O projeto de intervenção é sobre saúde de idoso, uma ação a considerar já que em muitos países, a população envelhece a ritmo acelerado pelo que a saúde pública tem como propósito a vencer que é a melhoria da atenção à saúde deste grupo populacional, promovendo sua atenção prioritária para evitar o aparecimento de doenças e das complicações das já existentes, promover estilos de vida saudáveis como boa alimentação, prática de atividades físicas diárias, higiene bucal e mental, evitarem a obesidade e o sedentarismo, o uso de drogas, o alcoolismo e tabagismo. Este trabalho tem como objetivo Melhorar Atenção à Saúde dos Idosos na Unidade Básica de Saúde Centro Municipal Braga, Braga/RS. De acordo com o Caderno de Atenção ao Envelhecimento à Pessoa Idosa, do Ministério da Saúde

(2006), o maior temor nessa faixa etária é a dependência e faz parte da atenção buscar evita-la ou procrastina-la.

A UBS onde tem uma boa estrutura física tem uma sala de vacinas, uma sala de acolhimento, farmácia, dois consultórios de dentista, dois consultórios médicos. A UBS contém duas equipes de saúde, sendo uma equipe esta formada pelo médico, uma enfermeira, três técnicos de enfermagem. A cobertura atual de atendimento da população alvo é de 86%, com um total de idosos 370. Vamos trabalhar para garantir 100% de cobertura desta população. Consideramos a adesão dessa população como boa, oferecendo um atendimento de qualidade, sendo que atualmente estamos realizando atendimento a usuários idosos acamados, portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus, que procuram de forma espontânea, à unidade móvel. São avaliados adequadamente, com exame físico, correto e são realizados os exames complementares necessários para seu controle, deixando sua próxima consulta agendada.

A equipe de nova criação trabalha no processo de cadastramento dessa nova área de abrangência, onde temos identificados uma alta incidência de pessoas idosas doentes, que desconhecem o seu estado de saúde. Por esse motivo, foi escolhido como público alvo dos idosos. Para o projeto de intervenção, com empenho de toda a equipe neste trabalho. Estamos apresentando algumas dificuldades como ausências de alguns integrantes da equipe, devido a sua jornada de trabalho que tem que cumprir. A intervenção nos motiva muito já que hoje em dia temos um grande problema no atendimento dos idosos, já que é uma população muito idosa. Dentro dos fatores mais importante a fazer, é o controle da pressão arterial, excluir os problemas de saúde bucal, controle dos usuários idosos que são diabéticos, dar um adequado atendimento aqueles idosos com problema de locomoção, tratar de incorporar ao grupo de hipertenso e diabéticos a maior quantidade de idosos. É importante que a família reconheça nosso trabalho, com o objetivo de melhorar atendimento e o cuidado de cada idoso em suas casas, já que em muitas ocasiões são ignorados. Com a proposta do projeto de intervenção, estamos identificando a problemática para intervir e fazer um bom controle dos fatores de risco, modificar estilos de vidas e maus hábitos alimentícios, fazer tratamentos adequados das doenças, garantindo uma maior qualidade de vida da população idosa.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhoria da atenção à Saúde dos Idosos, na UBS Centro Municipal Braga, Braga/RS

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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 100%.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

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

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

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

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na Unidade Básica de saúde Centro Municipal de Braga, no Município de Braga/ RS. Participarão da intervenção em torno de 370 idosos da área de abrangência da unidade de saúde.

2.3.1 Detalhamento das ações

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 100%.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde periodicamente (pelo menos mensalmente).

Detalhamento: O médico fará o monitoramento dos idosos que estão em acompanhamento pela equipe de saúde da família, ou seja, cadastrados na UBS (Unidade Básica de Saúde). Esta ação será semanalmente.

Organização e gestão do serviço

Ação: Acolher os idosos.

1. 2. Cadastrar todos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde.

1.3. Atualizar as informações do SIAB.

Detalhamento: Os responsáveis será a equipe de saúde completa (agente comunitário, enfermeira, técnicos de enfermagem e médicos), onde na UBS e em visita domiciliar aos idosos, acontecerá o cadastramento dentro da área de cobertura da Equipe Saúde da Família (ESF) de forma contínua.

Engajamento Público

Ação: 1.1 Esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde.

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

Detalhamento: O médico, a enfermeira e o agente comunitário, serão responsáveis por esta atividade, mediante fala durante as visitas domiciliares e no programa de rádio aos sábados pela manhã. O profissional escalado para repassar as orientações, enfatizará sobre a importância do acompanhamento dos idosos na Unidade de Saúde, assim como o projeto para a comunidade.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe no acolhimento aos idosos.

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

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

Detalhamento: A capacitação vai ser feita na UBS, com uma frequência semanal, sendo o médico responsável, através de uma conversa sobre os temas: importância de fazer a consulta de controle anual e a visita domiciliar aos idosos, entre outros.

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.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anual em todos os idosos acompanhados pela unidade de saúde.

Detalhamento: Através das consultas e visitas domiciliares registradas, a psicóloga, o médico e a enfermeira da unidade básica de saúde construirão uma escala para realização do monitoramento das avaliações multidimensionais realizadas, através da pontuação alcançada e nas consultas será feita orientação aos acompanhantes da família os principais cuidados de saúde e registrado em ficha espelho.

Organização e gestão do serviço

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

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

Detalhamento: O médico e enfermeira solicitará material necessário para a secretaria municipal de saúde para garantir a aplicação da avaliação multidimensional Rápida em todos os idosos.

Engajamento Público

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

Detalhamento: Mediante o programa de rádio aos sábados, o médico durante as consultas na unidade básica de saúde e os agente comunitários durante as visitas domiciliares realizará orientação sobre avaliação multidimensional e tratamento oportuno direcionado aos idosos.

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

Detalhamento: Durante as consultas, o médico orientará os usuários sobre as condutas esperadas para que possam exercer o controle social.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar os profissionais para o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pela UBS.

1.2 Treinar a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida.

1.3. Treinar a equipe para o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas.

Detalhamento: A capacitação será desenvolvida pelo médico da UBS, em dois dias semanal quarta e sexta feira, expondo temas como exame físico e atenção da saúde dos idosos.

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 três meses para diabéticos.

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Médico e enfermeira durante visita domiciliar e nas consultas médicas nos períodos matutinos e vespertinos visualizará os resultados coletados

automaticamente, realizando registro em ficha clínica e ficha espelho e quando for necessário, solicitar novas coletas.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: Em reunião de equipe, será feita definição das atribuições de cada profissional na execução da intervenção frente aos hipertensos e diabéticos. Esta ação será administrada pelo médico.

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

Detalhamento: 2.2 Em reunião de equipe, através dos cadastros dos idosos, será feito levantamento de usuários que não estão com exames clínicos apropriados. Esta ação, será realizada pelo médico e enfermeira.

2.3. Organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: 2.3 Ainda em reunião de equipe, a enfermeira e o médico organizará agenda de atendimentos, reservando vaga para acolher os idosos que foram à UBS através de busca ativa realizada pela equipe.

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

Detalhamento: 2.4 O médico garantirá ficha de referência e contra-referência aos usuários encaminhados aos especialistas os usuários com alterações neurológicas ou circulatórias.

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: A orientação será feita pelo médico e pelo técnico de enfermagem em sala de espera nas terças-feiras na UBS no período vespertino.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

2.2. Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: A ação será realizada pelo médico toda terça-feira no período vespertino, com duração de 2h, sendo abordados temas relacionados ao exame

clínico apropriado ao idoso, assim como o registro adequado dos procedimentos clínicos que será realizado nas consultas.

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: O médico e enfermeira fará levantamento dos idosos cadastrados na unidade de saúde e realizará análise da ficha clínica observando os exames laboratoriais solicitados se estão atualizados conforme determina o protocolo.

Organização e gestão do serviço

Ação: 2.1 Garantir a solicitação dos exames complementares

Detalhamento: 2.1 O médico em consulta, solicitará para todos os idosos exames complementares conforme orientação do protocolo.

2.2. Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Detalhamento: 2.2 O médico solicitará o gestor via ofício, garantia dos exames laboratoriais oferecidos ao usuário conforme periodicidade e orientação do protocolo.

2.3. Estabelecer sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados.

Detalhamento: 2.3 O médico e a enfermeira irão construir estratégias de sinalização nas fichas clínicas dos usuários que não estão com exames laboratoriais atualizados conforme protocolo.

Engajamento Público

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.

Detalhamento: Nas atividades educativas, a equipe orientará a comunidade e usuários participantes sobre a necessidade de realização de exames complementares.

2.2. Orientar os usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: 2.2 Nas atividades educativas e nos atendimentos, os profissionais orientarão os usuários a periodicidade adequada para realizar exames complementares.

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento: Esta capacitação acontecerá pela enfermeira e pelo médico da equipe, uma vez na semana, durante reunião de equipe na unidade de saúde mediante fala sobre exame que devem ser realizado aos usuários alvo do projeto de intervenção.

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular / Hiperdia.

Detalhamento: A enfermeira uma vez semanal realizará monitoramento das medicações em estoque na farmácia básica da unidade de saúde.

Organização e gestão do serviço

Ação: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

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

Detalhamento: A técnica de enfermagem fará o controle de estoque quinzenal das medicações para não haver falta. Após realizar o levantamento, enviará o controle de estoque e solicitação para a farmácia básica municipal.

Engajamento Público

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

Detalhamento: Mediante orientação pelo médico, no programa de rádio aos sábados pela manhã e pelos agentes comunitários durante as visitas domiciliares aos usuários, será feita orientação aos usuários quanto ao direito de ter acesso aos medicamentos da farmácia popular / HIPERDIA.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes.

2.2. Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: O médico administrará atividade educativa para os profissionais da unidade de saúde, sobre o tratamento e orientação indicada para hipertensão arterial e diabetes mellitus.

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: O médico realizará monitoramento do número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados na unidade de saúde.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: Todos os profissionais que oferecem atendimento aos idosos farão registros em fichas clínicas e ficha espelho sobre seu atendimento e condutas.

Engajamento Público

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

Detalhamento: A divulgação será através do programa de rádio aos sábados e por avisos na entrada da UBS e falas com os líderes, além de divulgar nos encontros com a comunidade, nas consultas e nas visitas domiciliares.

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: O médico capacitará os ACS sobre a importância do cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção para poder programar o seguimento correto.

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Esta ação será de responsabilidade do médico para haver programação e planejamento das visitas domiciliares, conforme protocolo.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: Estas visitas serão realizadas pelos agentes comunitários de saúde, todos os dias, sendo repassado para a equipe semanalmente para poderem organizar as visitas domiciliares.

Engajamento Público

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

Detalhamento: A Equipe de Saúde nas atividades educativas, orientarão a população sobre em quais situações são realizadas as visitas domiciliares pelo médico, enfermeiro e odontólogo.

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

Detalhamento: 2.2 A Equipe de Saúde nas atividades educativas, orientarão a população sobre o serviço de visita domiciliar, em quais situações pode ser solicitado e em quais situações são realizadas por cada profissional (médico, enfermeiro e odontólogo).

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento: A capacitação será na UBS realizada pela enfermeira mediante uma fala para todos os ACS sobre os principais parâmetros para o cadastramento dos idosos.

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

Detalhamento: 2.2 O médico em reunião de equipe, solicitará aos ACS para fazer levantamento através dos cadastros de idosos que necessitam de serem acompanhados em domicílio.

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar os números idosos submetidos a rastreamento para HAS, periodicamente (pelo menos anualmente).

Detalhamento: Médico, enfermeira e agentes comunitários em consulta na UBS e nas visitas domiciliares fazem o monitoramento dos idosos que foram submetidos a rastreamento para HAS pelo menos uma vez ao ano.

Organização e gestão do serviço

Ação: Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS.

Detalhamento: Em reunião de equipe, será estabelecida formas de melhoria de acolhimento para os idosos portadores de HAS.

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

Detalhamento: 2.2 Médico realizará levantamento de material adequado para tomada da medida da pressão arterial na unidade de saúde e se houver necessidade, fará solicitação à secretaria municipal de saúde.

Engajamento Público

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

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

Detalhamento: Os profissionais da equipe envolvida no projeto de intervenção fará orientação através da rádio e nos acompanhamentos sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade.

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: O médico capacitará a equipe da unidade de saúde nas reuniões de equipe, uma vez na semana de como verificar a pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Capacitar agentes comunitários para dar um atendimento e um monitoramento a estes idosos com qualidade, com problema de pressão elevada e de diabetes em visitas domiciliares em suas casas.

Organização e gestão do serviço

Ação: 2.1. Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM.

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

2.3 Criar sistema de alerta na ficha de acompanhamento para indicador o idoso que provavelmente terá que realizar o hemoglicoteste.

Detalhamento: A ação fazer em UBS os técnicos de enfermagem serão os encarregados de fazer o hemoglicoteste as cifras dos testes serão reflexado nas fichas de espelho.

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.

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

Detalhamento: Realizar palestras na UBS e mensalmente nas comunidades, com a participação de médico e enfermeira, onde serão expostos os ricos e

complicações do DM juntamente com hipertensão, assim como aos usuários grupo de risco.

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: Garantir que técnicos de enfermagem e enfermeiros tenham um conhecimento técnico qualificado acerca do hemoglicoteste e sejam capazes de aplicá-lo nos portadores de DM e/ou hipertensão arterial sistêmica antes que estes usuários realizem qualquer procedimento ou consulta médica na UBS.

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de idosos.

Detalhamento: Garantir que a equipe responsável pela saúde bucal (Auxiliar de saúde bucal e odontólogo) realize periodicamente vistorias na saúde bucal desse grupo específico, com calendário de consultas pré-determinado.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde.

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

Detalhamento: Priorizar atendimento aos idosos que se dirigem à UBS, fazendo com que a equipe de profissionais os encaminhando de forma rápida e objetiva aos procedimentos e consultas a que foram anteriormente orientados.

Engajamento Público

Ação: Informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de idosos.

Detalhamento: Em reuniões mensais, e também na forma de orientações dos Agentes comunitários de saúde, lembrar aos idosos e seus cuidadores sobre a importância desse cuidado. Elaborar calendário de consultas de saúde bucal específica para os idosos e informá-los sobre as datas.

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento: Auxiliares de saúde bucal e odontólogos deverão ser capazes de avaliar e realizar os procedimentos necessários para que cada idoso tenha uma saúde bucal satisfatória.

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Através do registro dos atendimentos realizados, garantir que os idosos recebam o atendimento mínimo para se alcançar a proposta de acompanhá-los em relação à sua saúde bucal.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde.

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

2.3. Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.

2.4. Oferecer atendimento prioritário aos idosos.

Detalhamento: O serviço de acolhimento dos usuários deverá ser capaz de identificar os idosos e priorizar o atendimento aos mesmos, orientando-os sobre as consultas. Estas ações serão de responsabilidade do médico e equipe de saúde bucal.

Engajamento Público

Ação: Informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de idosos e de sua importância para saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na Unidade de Saúde.

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

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

Detalhamento: A reunião irá informar à população através de cartazes na UBS sobre a prioridade dos idosos nos atendimentos clínicos. Realizar reuniões nas

comunidades onde essa mesma informação seja repassada, além de se ressaltar a importância da saúde bucal dos idosos do município.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe para realizar acolhimento do idoso de acordo com protocolo.

Detalhamento: O médico Providenciará que a equipe que trabalha com saúde bucal na UBS receba capacitação técnica e qualificada uma vez na semana para que os prepare para lidar com os idosos, no sentido de lhes oferecer total assistência em termos de saúde.

2.2. Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico.

Detalhamento: 2.2 O médico capacitará a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico.

2.3. Capacitar os ACS para captação de idosos.

Detalhamento: 2.3 Os ACS receberão orientações sobre como realizar a captação dos idosos. Esta ação, será desenvolvida pelo médico.

2.4. Capacitar os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para idosos.

Detalhamento: 2.4 Os cirurgiões dentistas farão capacitações de como realizar primeira consulta odontológica programática para idosos.

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

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

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 seguirá rigorosamente o planejamento do calendário de consultas e corrigir eventuais alterações que venham a ocorrer, de modo que nenhum idoso fique sem atendimento. Esta ação será realizada pelo médico e enfermeira.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

Detalhamento: Em reunião de equipe, o médico organizará agenda de visita domiciliar para organização e programação semanal.

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

Detalhamento: 3.2 Determinar que um auxiliar de enfermagem se responsabilize pelo agendamento das consultas dos idosos, levando em consideração as sugestões/encaminhamentos dos agentes comunitários de saúde tendo sido entregue na busca ativa realizada.

Engajamento Público

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Detalhamento: Utilizar o programa de rádio da Prefeitura Municipal para conscientizar os idosos e a população em geral sobre a necessidade do acompanhamento da saúde dos idosos no município.

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

Detalhamento: 3.2 A equipe nas atividades educativas, reunirá com a comunidade para receber sugestões de estratégias para não ocorrer evasão dos idosos.

3.3. Esclarecer os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: 3.3 Durante aos encontros com a comunidade e nas consultas, os profissionais de saúde orientarão sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Qualificação da Prática Clínica

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

3.2. Definir com a equipe a periodicidade das consultas.

Detalhamento: Durante aos encontros com a comunidade e nas consultas, os profissionais de saúde orientarão sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas, além dos ACS repassarem a orientação nas visitas domiciliares.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Garantir que todos os profissionais que realizam os registros claros e objetivos, em local e espaço determinados, para que nenhuma informação ou dado sejam perdidos ou mal registrados. Esta ação será desenvolvida pelo médico.

Organização e gestão do serviço

Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas.

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

4.3. Pactuar com a equipe o registro das informações. 1.4. Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

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

Detalhamento: O médico irá informar os usuários, durante os atendimentos e também através de programas informativos (programa de rádio), sobre os direitos sobre as informações registradas na UBS.

Engajamento Público

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

Detalhamento: Informar os usuários, durante os atendimentos e também através de programas informativos (programa de rádio), sobre os direitos sobre as informações registradas na UBS.

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento: Proporcionar que a equipe de profissionais da UBS receba, em períodos previamente estabelecidos, capacitação técnica com o objetivo de qualificar seus serviços. Esta ação será responsável pelo médico.

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Detalhamento: Os profissionais envolvidos na intervenção, farão avaliação da caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a cada vez que este se dirija a um dos serviços da UBS. Orientar os ACS a adotarem essa mesma prática a cada vez que visitarem um domicílio onde reside pessoa idosa.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: O médico promoverá encontro com o gestor municipal onde equipe de profissionais apresentará os benefícios em termos de registro e acompanhamento dos idosos a partir do fornecimento deste material.

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: Informar junto ao programa de rádio da Prefeitura Municipal na forma de lembrete a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção. Repassar essa informação na forma de cartazes junto a UBS e em orientações repassadas diretamente a cada idoso, toda vez que estiverem na UBS.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa

Detalhamento: Garantir que técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos sejam capazes de registrar os dados pertinentes à saúde do idoso, que possam ser relevantes para o seu acompanhamento. O responsável por esta ação é “Dinda Lia”.

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

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Acompanhar na forma de visitas domiciliares e de atendimentos mais frequentes a todos idosos com maior risco, apontados pelos ACS e pelos profissionais que se depararem com estes idosos na UBS. Esta ação será de responsabilidade do médico, enfermeiro, odontólogo e ACS.

Organização e gestão do serviço

Ação: Priorizar o atendimento a idosos de maior risco de morbimortalidade.

Detalhamento: Os ACS em suas visitas domiciliares vão pesquisar na comunidade os idosos com maior risco de morbimortalidade para em conjunto com a enfermeira fazer uma avaliação de seu estado de saúde e todos os problemas serem informados.

Engajamento Público

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

Detalhamento: Esta ação será desenvolvida pelo médico e enfermeira nas visitas aos idosos com maior risco de morbimortalidade. Orientando aos cuidados e/ou responsáveis da importância do acompanhamento correto para os idosos com 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: Mediante uma palestra na UBS, vai ser assistida pela equipe de saúde, pois o médico quem vai dar a palestra com objetivo de capacitar a todos os funcionários de equipe de saúde sobre os riscos de morbimortalidade das pessoas idosas.

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Avaliar os usuários com problemas circulatórios em consulta médica e mediante visitas domiciliares fazendo exame dos membros inferiores pelo médico. Esta ação terá como responsável o médico.

Organização e gestão do serviço

Ação: Priorizar os atendimentos idosos fragilizados na velhice.

Detalhamento: Na UBS, através de agendamento de consulta, a enfermeira vai a priorizar o idoso nos atendimentos.

Engajamento Público

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

Detalhamento: A enfermeira mediante uma fala uma vez ao mês em sala de reunião para os usuários que assistem ao grupo a todos aqueles idoso com fragilidade em seus MI da importância do acompanhamento mais frequente.

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento: Em reunião de equipe, o médico orientar à todos de como identificar e registrar os indicadores de fragilização na velhice.

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

Monitoramento e avaliação

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

5.2. Monitorar todos os idosos com rede social deficiente.

Detalhamento: Os ACS vão fazer visitas domiciliares aos idosos deficientes com objetivo de procurar o 100 % de idosos com problema de deficiência para colocar em listagem dos idosos que serão avaliados por médico em visitas domiciliares.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: Garantir que técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos e ACS, sejam capazes de realizar o acompanhamento contínuo dos idosos com rede social deficiente.

Engajamento Público

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

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

Detalhamento: Informar junto ao programa de rádio da Prefeitura Municipal na forma de lembrete. Repassar essa informação na forma de cartazes junto a UBS e em orientações repassadas diretamente a cada idoso, toda vez que estiverem na UBS. Esta ação, será de responsabilidade de toda a equipe

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe para avaliar a rede social dos idosos.

Detalhamento: Através de reuniões com a equipe, informá-los sobre o cronograma de consultas dos idosos, orientá-los sobre como avaliar a rede social dos idosos, além de solicitar os ACS de utilizá-los como instrumento de comunicação entre os idosos e os profissionais da UBS.

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos

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

Monitoramento e avaliação

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

6.2. Monitorar o número de idosos com obesidade / desnutrição.

Detalhamento: Garantir que a equipe responsável pela orientação nutricional (agentes comunitários de saúde e médico) irão realizar periodicamente orientações de dietas adequadas para cada grupo específico, agendando acompanhamento médico com calendário de consultas pré-determinado.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: Os profissionais responsáveis pelo acolhimento dos usuários, deverão ser capaz de identificar os idosos e priorizar o atendimento aos mesmos,

orientando-os sobre a importância de realizar atividade física diária além de orientações nutricionais para hábitos alimentares saudáveis.

Engajamento Público

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

Detalhamento: O médico irá informar junto ao programa de rádio da Prefeitura Municipal na forma de lembrete. Repassar informação da importância de adotar hábitos alimentares saudáveis, e a equipe realizará sala de espera sobre a mesma fala, toda vez que estiverem na UBS.

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".

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

Detalhamento: Garantir que técnicos em enfermagem e enfermeira deverão ser capazes de avaliar cada idoso e mediante uma fala explicarem aos familiares dos idoso sobre hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável", seguindo o guia alimentar para a população brasileira.

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: A enfermeira vai fazer uma monitoração através do funcionamento dos idosos que assistem aos grupos com objetivos de incorporar o 100% dos idosos. Irá convidar um profissional capacitado para realizar atividade física nas ações programadas da UBS.

6.2. Monitorar o número de idosos que realizam atividade física regular.

Detalhamento: 6.2 A equipe de enfermagem na sala de acolhimento, vai fazer também uma monitoração dos idosos que fazem atividade física.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: O serviço de acolhimento dos usuários deverá ser capaz de identificar os idosos e priorizar o atendimento aos mesmos, orientando-os sobre a importância de realizar atividade física diária. Ação de responsabilidade de toda a equipe.

6.2. Demandar do gestor municipal parcerias institucionais para realização de atividade física.

Detalhamento: 6.2 O médico solicitará via ofício ao gestor da garantia de parcerias institucionais para realizar orientações e atividade física nas ações programadas.

Engajamento Público

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

Detalhamento: Informar junto ao programa de rádio da Prefeitura Municipal na forma de lembrete e reforço de informação da importância de realizar atividade física regularmente. Repassar essa informação na forma de cartazes na UBS e fazer orientações diretamente a cada idoso, toda vez que estiverem na UBS.

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento: O médico capacitará a equipe através de maneiras de como avaliar cada idoso de forma clínica funcional, assim como orientar os familiares da realização de prática de atividade física diária.

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar as atividades educativas individuais.

Detalhamento: A equipe de saúde em reunião de equipe, irão trabalhar datas programadas para realizar atividades educativas coletivas e individuais, assim como os ACS nas visitas domiciliares. O monitoramento das ações, será feito pelo médico.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: Na UBS a enfermeira em conjunto com o médico, vão organizar o tempo médico de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual do idoso.

Engajamento Público

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

Detalhamento: Promover encontro dos familiares de cada idoso que assista a consulta na UBS com o médico para cumprimento de cada orientação individual do estado de saúde do idoso e os ACS em visitas domiciliares vão falar a cada familiar sobre os benefícios de higiene bucal e próteses dentárias.

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento: Na UBS, a odontóloga vai dar palestra para a equipe de saúde, enfatizando temas sobre saúde bucal de idoso.

2.3.2 Indicadores

Meta 1- Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 100%, para garantir isso, nossa ESF fará visitas domiciliares três vezes por semanas priorizando aos idosos acamados.

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

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa

Denominador: Número de idosos pertencentes a área de abrangência da unidade de saúde Centro municipal de Braga

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

Indicador 2.1. Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia

Numerador: Número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia

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

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

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

Numerador: Número de idosos com exame clínico apropriado em dia

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

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

Indicador 2.3. Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia

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

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

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

Indicador 2.4. Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada

Numerador: Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular

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

Meta 2.5- Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Indicador 2.5. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados

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

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

Meta 2.6- Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 60% dos idosos da área).

Indicador 2.6. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar

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

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

Meta 2.7- Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Indicador 2.7. Proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta

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

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

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

Indicador 2.8. Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus

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

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

Indicador 2.9. Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

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

Indicador 2.10. Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática

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

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

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

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

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

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas.

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

Indicador 4.1: Proporção de idosos com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia

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

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

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

Indicador 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.

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

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

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

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

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

Indicador 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.

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

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

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.

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

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

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

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

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

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

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.

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

Indicador 6.3: Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de idosos com orientação sobre higiene bucal.

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

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de Saúde dos Idosos vamos adotar o Caderno de Atenção Básica à Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde, 2006. Utilizaremos o prontuário do idoso e a ficha espelho disponíveis no município. A ficha será elaborada com todas as informações para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, o médico e a enfermeira vão elaborar uma ficha complementar. Estimamos alcançar com a Intervenção um 100% dos idosos. Faremos contato com o gestor municipal para dispor das fichas espelho necessário e para imprimir as fichas complementares que serão anexadas aos prontuários. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisou o livro de registro identificando todos os idosos que vieram ao serviço para atendimento nos últimos três meses. A profissional localizou os prontuários destes idosos e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho. Ao mesmo tempo realizou o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso e vacina. O projeto de intervenção é sobre a saúde da pessoa idosa, temos objetivo de ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área de abrangência da unidade de saúde Centro Municipal de Braga para 100%, tendo em conta que atualmente é de 39%. O médico e a enfermeira da equipe fizeram revisão do caderno de cadastramento, assim como dos prontuários dos usuários da área abrangência para verificar a porcentagem de idosos atendidos no final de cada mês e as últimas sexta feira de todas as semanas na UBS de Braga. Se realizou capacitação dos profissionais da Unidade Básica de Saúde (UBS), principalmente dos agentes comunitários de saúde pelo médico, todas quartas-feiras, no local de reunião conselho comunitário de saúde.

Planejamos melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde, se vai realizar avaliação multidimensional rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde; 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, sendo executada a ação pelo médico e enfermeira; Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos durante os acompanhamentos com o médico; Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos, sendo desenvolvida a ação pelo médico nas consultas clínicas; Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área), sendo a ação desenvolvida pelos ACS durante as visitas domiciliares; Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção, sendo uma ação programada para toda a equipe; Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), ação executada pela equipe de enfermagem e médico; Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM), sendo a ação desenvolvida pela

equipe de enfermagem e médico; Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos, sendo feita a ação pelo odontólogo; Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos, sendo executada a ação o odontólogo.

Com o mesmo intuito, pretendemos melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso, iremos Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas, a ação será desenvolvida pelos ACS através de levantamento dos idosos faltosos em consultas

Para melhoria do registro das informações, a equipe manterá registro específico de 100% das pessoas idosas de forma clara e objetiva; Distribuirá a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados. Esta ação será desenvolvida pela equipe de enfermagem e médico na primeira consulta de acompanhamento dos idosos.

A equipe irá mapear os idosos de risco da área de abrangência, será feito rastreamento de 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade, ação será feita pelos ACS, realizando levantamento dos idosos classificado como grupo de risco. Será investigado também a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas, esse levantamento será feito pelo médico, sendo divulgado nas reuniões de equipe. Será também avaliada a rede social de 100% dos idosos, sendo realizada a ação pelos ACS através de perguntas durante as visitas domiciliares.

E quanto à promoção a saúde dos idosos, a equipe irá garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas, a ação será desenvolvida pelo médico, equipe de enfermagem e ACS. Será garantida orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos, a ação será executadas durante as consultas na UBS e nos encontros nas comunidades nas ações educativas. E será garantida orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados, sendo a equipe odontológica sendo responsáveis pela execução das ações.

2.3.4 Cronograma

AÇÕES	SEMANAS															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Capacitação dos Profissional da ESF sobre o protocolo de atenção aos idosos.	x	x														
Estabelecimento do papel de cada membro da ESF na ação programática.	x	x														
Contatos com as lideranças comunitárias para informar sobre a existência do programa.	x			x				x				x				
Capacitação da equipe em relação a protocolos	x	x														
Cadastramento de os idosos da área abrangência da unidade de saúde.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
Atendimento medico-clinico e odontológico dos usuários idoso.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
Grupo de hipertensos e diabéticos	x			x				x				x				
Capacitação aos ACS para busca ativa de os idosos faltosos	x															
Busca ativa aos idosos faltosos a consulta.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				

Classificação de idosos com risco de morbimortalidade	x			x				x				x				
Classificação de idosos com sinais de fragilidade	x			x				x				x				
Monitoramento da intervenção	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
Orientação nutricional sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular, riscos do tabagismo e higiene bucal.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				

3 Relatório da Intervenção

Com a intervenção do Projeto que durou o período de 16/03/2015 a 29/05/2015, totalizando doze semanas, se propôs melhorar a atenção ao Idoso na Unidade Básica de Saúde Centro Municipal de Braga do município Braga, estado Rio Grande do Sul.

Previamente à intervenção, projetaram-se ações, objetivos, metas, estratégias, logística, cronograma, entre outros, em prol da saúde do idoso.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Todas as ações previstas no projeto foram plenamente desenvolvidas, ressaltando-se, entretanto, que, apesar disso, algumas poucas metas não atingidas. Com a realização deste trabalho a ESF conseguimos ampliar a cobertura do Programa de Atenção aos idosos da área adstrita à UBS, oferecemos melhor qualidade de atendimento. Implantamos a planilha de coleta de dados específica de acompanhamento do atendimento aos idosos. Teve-se como facilidade a confecção da ficha espelho (adaptou-se as fornecidas pela Especialização em Saúde da Família da UFPel) na qual constam os dados a serem anotados do usuário quando da consulta, servindo a ficha espelho para armazenagem e lembrete dos dados a serem anotados;

Realizamos exame físico exaustivo a todos os usuários cadastrados, conforme é estabelecido pelo o Ministério de Saúde. Ademais, realizou-se a Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anual nos idosos acompanhados pela unidade de saúde, a qual é capaz de identificar problemas de saúde condicionantes de declínio funcional e conseqüentemente acarretar tratamento e melhora da qualidade de vida dos idosos, os quais têm como maior temor a dependência. Teve-se como facilitador a instituição da ficha espelho, com dados a

serem preenchidos, dentre os quais os relativos à anamnese da Avaliação Multidimensional Rápida, de modo que à anamnese era plenamente lembrada e tinha o seu registro facilitado ao somente ser necessário registrar quando da consulta os resultados, e não as perguntas e os resultados.

Realizamos exame clínico apropriado nas consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação de pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos, essencial à identificação de descompensações da saúde e consequente inibição ou diminuição de danos. Teve-se como facilidade a especial colaboração do grupo em questão. Todavia, houve dificuldade quando do atendimento de alguns idosos, que inicialmente preferiram não retirar os calçados, quer seja por comodidade ou pudor, o que foi facilmente superado quando se explicou o quão comum é o exame e/ou a importância do exame para a saúde.

Realizou-se a solicitação de exames complementares periódicos para os idosos hipertensos e/ou diabéticos, com prévia conversa com o gestor do Hospital municipal, principalmente, devida dificuldade do município em oferecer exame laboratorial. Rastreamos os idosos com HAS ou PA sustentada acima de 135/80 mmHg para DM. Teve-se como facilidade a implantação das fichas espelho, através das quais se pôde verificar quais os exames já foram realizados e quando. Como dificuldade teve-se as inerentes aos exames a serem realizados no hospital privado.

Priorizamos a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular aos idosos, os quais são direito do cidadão e muitas vezes não tem condição de arcar com o tratamento. Como facilitador teve-se a ampla divulgação do governo federal de quais são os medicamentos disponíveis na Farmácia Popular, com isso, garantimos o uso de medicamentos priorizado da farmácia popular para cada idoso.

Foram vacinados com a vacina antigripal e antitetânica todos os idosos que tinha a vacina desatualizada, cadastramos idosos acamados ou com problemas de locomoção no Programa Saúde do idoso, a fim de propiciar a realização de visita domiciliar e acesso aos serviços de saúde a quem está impossibilitado de se locomover e na maioria das vezes precisando mais de acesso a tais serviços do que quem não está nessa condição, mesmo com a dificuldade de realizar as visitas domiciliares, realizamos avaliação da saúde bucal e oferecemos atendimento odontológico aos idosos cadastrados, melhoramos a adesão dos usuários ao Programa de Atenção a saúde dos idosos, resgatamos todos aqueles idosos

faltosos à consulta de acompanhamento, através de visitas domiciliares; realizamos avaliação de risco em todas os usuários acompanhados; realizamos promoção, prevenção e assistência à saúde dos idosos e de suas famílias, orientamos os idosos para hábitos alimentares saudáveis, para atividade regular de atividade física, sobre higiene bucal (inclusive prótese).

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as ações previstas no projeto foram desenvolvidas.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Durante a coleta e sistematização dos dados, no eixo Monitoramento e Avaliação, inicialmente, a planilha de coleta de dados foi organizada e dividida por ACS, esta planilha foi explicada importância de seu preenchimento a cada um dos agente comunitários, alguns deles apresentaram dificuldade quanto ao preenchimento das planilhas, alguns dados não eram preenchidos corretamente no início. O médico e a enfermeira também faziam o preenchimento de alguns dados e/ou correção da planilha Excel ou ficha de espelho.

Primeiramente digitou-se os dados como estavam na planilha (para não atrasar ainda mais a intervenção). Posteriormente, às fichas de espelho foram devolvidas aos ACS para correção e nova digitação dos dados incompletos ou inconsistentes. Logo após a entrega, recebimento e devolução das planilhas de coleta de dados e as fichas de espelhos, procederam-se a organização e preenchimento de cada uma delas de forma correta para a avaliação dos indicadores.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

A incorporação do serviço tinha sua execução planejada apenas durante o projeto (durante os encontros de grupo, atendimento médico ou de enfermagem ou durante as consultas) e foi reforçada nas reuniões de equipe a incorporação na rotina. No entanto, fica o desafio para a equipe multidisciplinar da UBS Centro

Municipal de Braga em dar continuidade ao cronograma de encontros previstos (mensalmente), programar e supervisionar as atividades a serem desenvolvidas em cada encontro e captar ainda mais usuários. Pode-se inserir na rotina da UBS de Centro Municipal de Braga a realização de atividades de educação em serviço, a fim de estabelecer um cronograma de capacitações. Que contribua para proporcionar um maior conhecimento a cerca dos temas de interesse coletivo e possibilite reforçar o compromisso as atribuições tanto da equipe multidisciplinar da UBS de Braga quanto de cada um dos profissionais.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Nosso objetivo geral da intervenção foi realizado para Melhorar a Atenção na saúde dos idosos na Unidade Básica de Saúde Centro Municipal de Braga do Município Braga, Rio Grande do Sul.

Temos uma população total de 3700 habitantes, com uma estimativa de pessoas com, mas de 20 anos ou mais (67% da população total) com 370 usuários idosos (8.5 % da população total). Sendo possível cadastrar o 100% dos usuários e desenvolvendo todas as metas proposta com resultados satisfatória durante as 12 semana que se desenvolveu a intervenção.

Objetivo Especifico 1: Ampliar cobertura do Programa de Saúde do Idoso.

Meta 1.1: Garantir cadastrar 100 % dos idosos de 60 anos e mais da área abrangência em Programa de saúde do idoso na unidade.

Indicador: Cobertura do Programa de Atenção á saúde do idoso na unidade de saúde.

Como mostra na Figura 1, nossa proposta foi de cadastrar 301 do total de usuários idosos da área de abrangência, sendo possível alcançar o 94,7% dela. Durante o primeiro mês da intervenção logramos cadastrar 89 usuários idosos o que representa o 28.0% quase a terceira parte da estimativa de usuários idoso da área o segundo mês sumamos 152 usuários idosos, representando o 47.8% e no terceiro mês chegamos a 301 usuários idosos, alcançando 94,7% de usuários idosos de nossa área de abrangência.

Nosso projeto de intervenção foi desenvolvido com sucesso, sendo realizadas todas as ações planejadas, ao início da mesma equipe, com apoio dos gestores, garantiu a logística para que os resultados do trabalho fossem positivos e para oferecer um serviço de qualidade com satisfação dos usuários, com o apoio do

transporte disponibilizado pela gestão de saúde e pelo trabalho de toda a equipe pela busca ativa das ACS e líderes da comunidade foi possível realizar a divulgação do projeto com uma aceitação impressionante de todos.

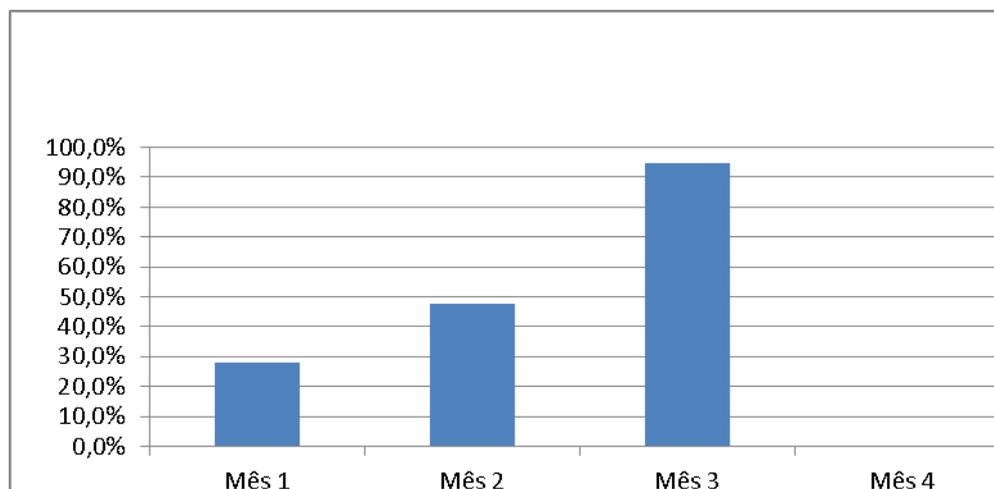


Figura 1: Cobertura do Programa de Atenção à saúde do idoso na unidade de saúde de acordo com o protocolo na ESF de Braga -RS- 2015.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção aos idosos na Unidade de Saúde

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

Indicador: Proporção de idoso com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

No primeiro mês da intervenção foi atingido os 89 (100%) usuários idosos cadastrados foram avaliados, o segundo mês, 152 (100%) e no terceiro mês, chegamos a 301 (100%) usuários idosos, alcançando o total da estimativa de idosos com avaliação multidimensional rápida em dia.

Foi possível realizar 100% dos idosos cadastrados durante o período da intervenção, a avaliação multidimensional rápida em dia, com qualidade, de acordo com o protocolo, com registros adequados nas fichas de acompanhamento e nas fichas espelho, sendo possível, graça ao conhecimento e a boa capacitação dos profissionais e de todas as ferramentas garantidas pelos gestores de saúde, para o bom desenvolvimento de cada ação programática de toda a equipe.

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

Indicador: Proporção de idoso com exame clínico apropriado em dia.

No primeiro mês da intervenção, atingimos 89 (100%) usuários idosos cadastrados foram examinados, o segundo mês, atingimos 152 (100%) e no terceiro mês, chegamos a 301 (100%) usuários idosos, alcançando o total da estimativa de usuários idosos de nossa área de abrangência, com exame clínico apropriado em dia.

Foi possível realizar 100% dos idosos cadastrados durante o período da intervenção exame clínico apropriado em dia com qualidade, de acordo com o protocolo e as normas, com registros adequados nas fichas de acompanhamento e nas fichas espelho, pelo profissionalismo, conhecimento, superação e comprometimento de cada integrante da equipe com o cumprimento de cada ação programática.

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

Indicador: Proporção de idoso hipertenso e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódico em dia.

Foi possível atingir aos 100% das metas deste indicador No primeiro mês, foi atingido 80 usuários (100%), no segundo mês, atingimos 44 (100%) usuários avaliados, já no terceiro mês, atingimos 127 usuários com exames complementares em dia, 100% dos idosos da área de abrangência.

Este indicador não foi afetado já que os exames complementares foram avaliados e receberam prescrições para sua realização, sendo possível atingir 100% de usuários com exames complementares e dias. O laboratório não teve dificuldade para atender a demanda, pois não houve atraso em agendamento e em sua realização.

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

Indicador: Proporção de idoso com prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada.

Como mostra da Figura 2, no primeiro mês da intervenção os 89 usuários (100%) idosos cadastrados, foram priorizados com medicamento da farmácia popular priorizada, no segundo mês, atingimos 144 (94,7%) e no terceiro mês, chegamos a 241 (80,1%) de idosos foram priorizados com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Não Foi possível priorizar 100% dos usuários cadastrados, porque alguns deles possuem boa saúde.

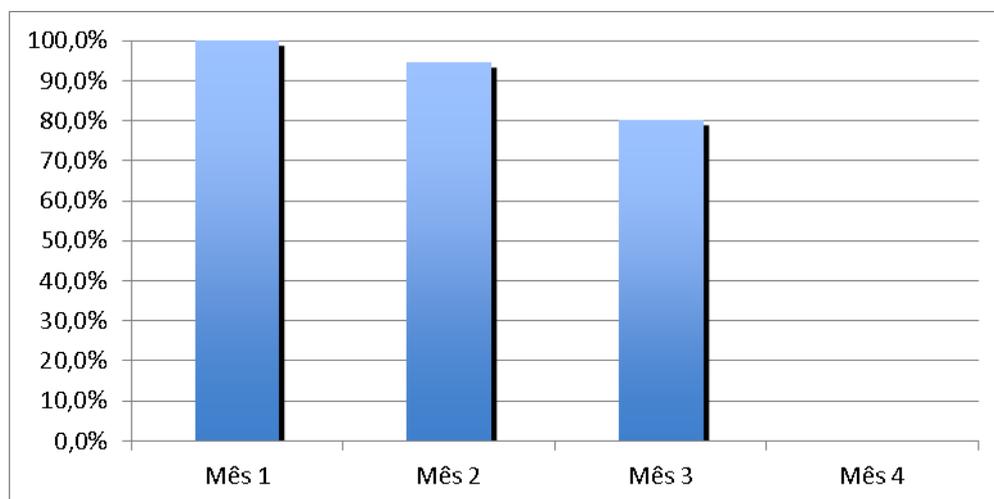


Figura 2: Proporção de idoso com prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada de acordo com o protocolo na ESF de Braga -RS- 2015.

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

Indicador: Proporção de idoso acamados ou com problema de locomoção cadastrado.

Como mostra a Figura 3, foi possível durante o decorrer da intervenção, cadastrar cada idoso acamado ou com problema de locomoção de acordo com o protocolo, sendo possível cadastrar o primeiro mês, 17 (56,7%) dos 30 idosos, no segundo mês, atingimos 11 (36,7%) e no terceiro mês, chegamos a 23 (100%) usuários.

Foi possível realizar o cadastramento apropriado aos idosos acamados e/ou com problema de locomoção conforme protocolo para 100% dos usuários, devido profissionalismo, conhecimento, superação e comprometimento de cada integrante da equipe com o cumprimento da ação programática.

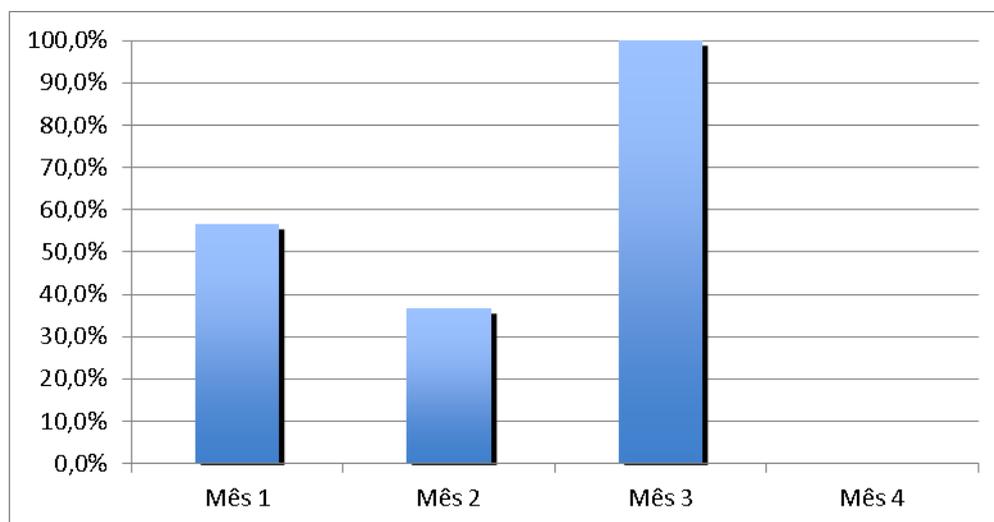


Figura 3: Proporção de idoso acamados ou com problema de locomoção cadastrado na ESF de Braga -RS- 2015

Meta 2.6- Priorizar aos idosos acamados ou com problema de locomoção visita domiciliar.

Indicador: Proporção de idoso acamados ou com problema de locomoção com visita domiciliar.

Foi possível durante o decorrer da intervenção, fazer visita domiciliar a cada idoso acamado ou com problema de locomoção, de acordo com o protocolo. No primeiro mês 17 (100%), no segundo mês, 11 (100%) e no terceiro mês, chegamos a 23 (100%).

Este indicador foi possível atingir cobertura de 100% da estimativa de usuários acamados ou com problema de locomoção de nossa área de abrangência com visita domiciliar, pela compressão de todos familiares e pelo trabalho de nossa equipe de saúde em conjunto.

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

Indicador: Proporção de idoso com verificação da pressão arterial na última consulta.

No primeiro mês da intervenção, atingimos os 89 (100%) usuários idosos cadastrados foram verificados a pressão arterial, no segundo mês, atingimos 152

(100%) e no terceiro mês, atingimos a 301 (100%) dos usuários idosos com verificação da pressão arterial na última consulta.

Foi possível realizar 100% dos idosos cadastrados durante o período da intervenção a verificação da pressão arterial na última consulta, com registros adequados nas fichas espelho.

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

Indicador: Proporção de idoso hipertenso rastreado para diabetes.

Meta alcançada também aos 100% dos usuários hipertensos cadastrados durante o período da intervenção. No primeiro mês os 35 (100%) usuários cadastrados, foram rastreados para diabetes, no segundo mês, 42 (100%) e no terceiro mês, 92(100%) usuários cadastrados.

O 100% dos usuários idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmhg, foram rastreados para diabetes e apesar da demanda, o laboratório do município, com apoio de nosso gestor de saúde o rastreamento foi um sucesso. Também é bom destacar que o esforço e comprometimento de toda a equipe, tendo as ACS como um pilar fundamental para nosso projeto.

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

Indicador: Proporção de idoso com avaliação de necessidade de atendimento odontológico na ESF de Braga -RS- 2015

Como mostra a Figura 4, no primeiro mês, atingimos 49 (55,1%) dos usuários avaliados, com necessidade de atendimento odontológico, no segundo mês, atingimos 145 (95,4%) dos usuários e no terceiro mês, 301(100%) do total de usuários cadastrados.

O 100% dos usuários idosos, foram avaliados com necessidade de atendimento odontológico. Não tivemos dificuldades com o atendimento, devido ao trabalho planejado com a equipe odontológica da ESF1, que além do atendimento em consulta com pendências de alguns já agendados, oferecemos palestras de saúde bucal ao grupo de HIPERDIA, com participação de outros usuários da comunidade.

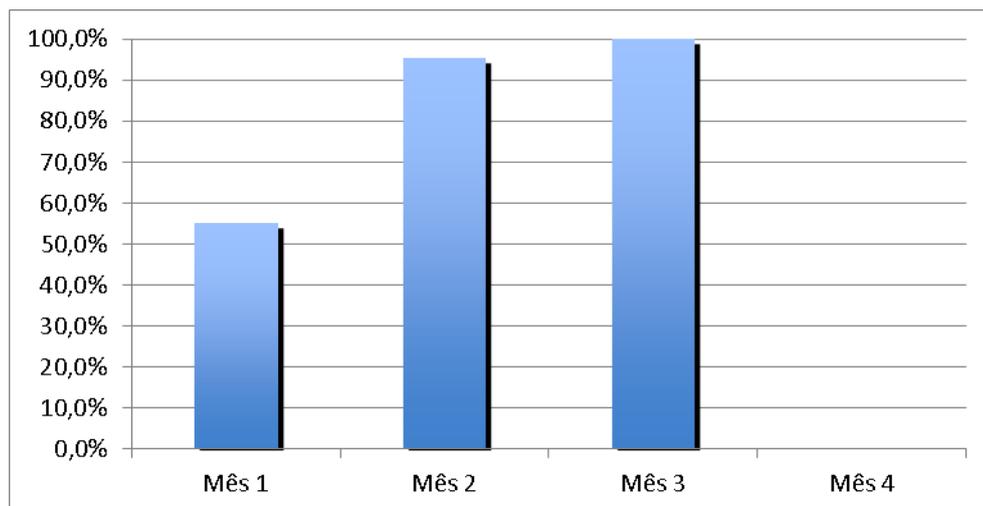


Figura 4: Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na ESF 2 Braga -RS- 2015.

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

Indicador: Proporção de idoso com primeira consulta odontológica programática

Com este indicador, conseguimos cumprir o 100% desta meta na intervenção. No primeiro mês, atingimos 16 (100%) teve a primeira consulta odontológica programática, no segundo mês, este indicador teve uma grade melhoria, atingimos 152 (100%) usuários e no terceiro mês, 301(100%) usuários cadastrados, com o fornecimento da primeira consulta odontológica programada para todos os idosos.

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

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

Indicador: Proporção de idoso faltoso a consulta que receberam busca ativa.

Foi feita a busca ativa dos usuários faltosos a consulta. No primeiro mês, foi necessário realizar a busca ativa a 72 (100%) usuários idosos, devido ao desconhecimento do projeto durante as primeira semanas, depois este indicador reduz de maneira positiva, devido ajuda da rádio do município e a propaganda do projeto por toda a comunidade, no segundo mês foram 7(100%), fechando o terceiro mês, com um total de 7 (100%) faltosos com busca ativa.

É bom destacar que esta meta não seria possível cumprir, sem o trabalho integrado da equipe e do transporte disponibilizado pela secretaria de saúde, para

que nosso trabalho se desenvolvesse sem dificuldades, por tratar-se de uma área rural, com difícil deslocamento dos usuários.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

Indicador: Proporção de idoso com registro na ficha de espelho em dia.

Como mostra na Figura 5, foi cumprida durante o primeiro mês da intervenção, 51 (57,3%) dos usuários idosos, no segundo mês, atingimos 152 (100%) e no terceiro mês, 301(100%).

inicialmente á coleta e sistematização de dados relativos á intervenção, no início, as consultas estavam um pouco demoradas, devido o preenchimento das fichas espelhos. Mas com o decorrer dos dias e a rotina do trabalho, a atividade ficou menos demorada, atingindo 100% de usuários com ficha espelho em dia.

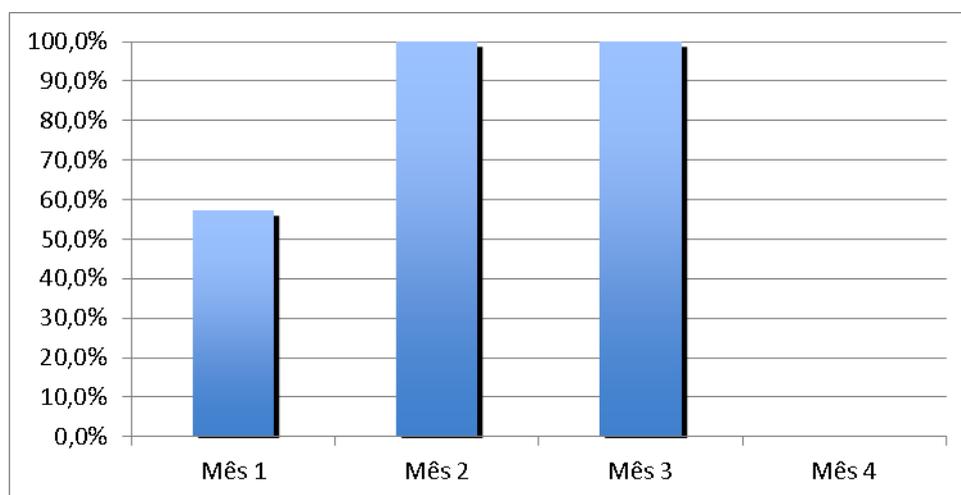


Figura 5: Proporção de idoso com registro na ficha de espelho em dia na ESF Braga-RS - 2015.

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

Indicador: Proporção de idoso com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Como mostra a Figura 6, a meta que foi possível alcançar também durante o projeto. No primeiro mês da intervenção, atingimos 50(56,2%) dos idosos, no segundo mês, atingimos 152 (100%) e no terceiro mês, 301(100%).

Com a entrega da caderneta de saúde para os idosos, foi bem fácil entregar a caderneta aqueles idosos que não tinha, mas com ajuda de nosso gestor de saúde, o material foi disponível para cada um deles, conforme orientação do ministério e as normas.

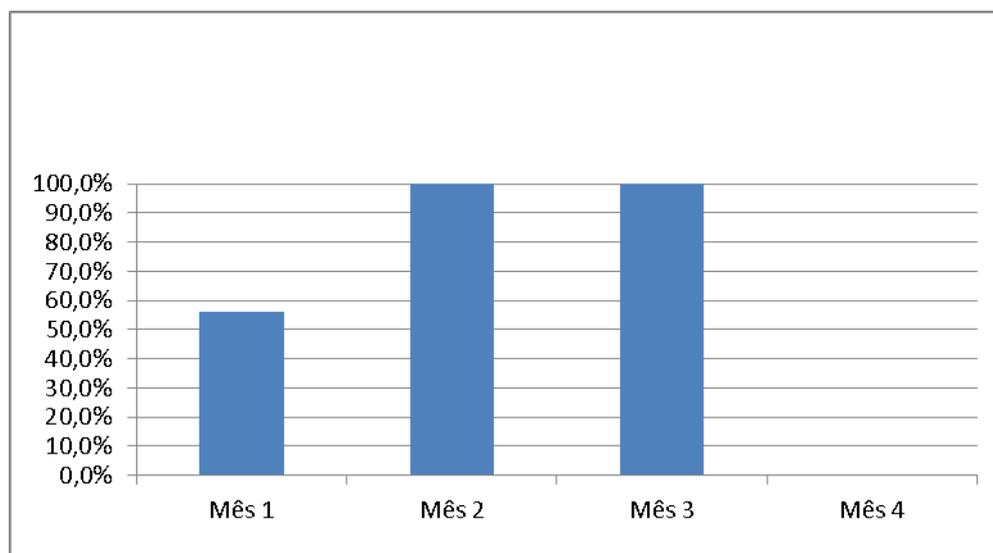


Figura 6: Proporção de idoso com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa na ESF de Braga -RS- 2015.

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

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

Indicador: Proporção de idoso com Avaliação de o risco para morbimortalidade em dia.

Como mostra na Figura 7, foi possível atingir aos 100% das metas deste indicador. No primeiro mês, foram avaliados 51 (57,3%), no segundo mês, atingimos 152 (100%), já no terceiro mês, atingimos um total cadastrado de 301 (100%) usuários idosos da área de abrangência.

Foi possível atingir 100% das metas deste indicador. Realizamos a estratificação de risco cardiovascular, conforme escala de Framingham, permitindo a classificação de baixo moderado e alto risco, e o encaminhamento especializado dos que precisaram.

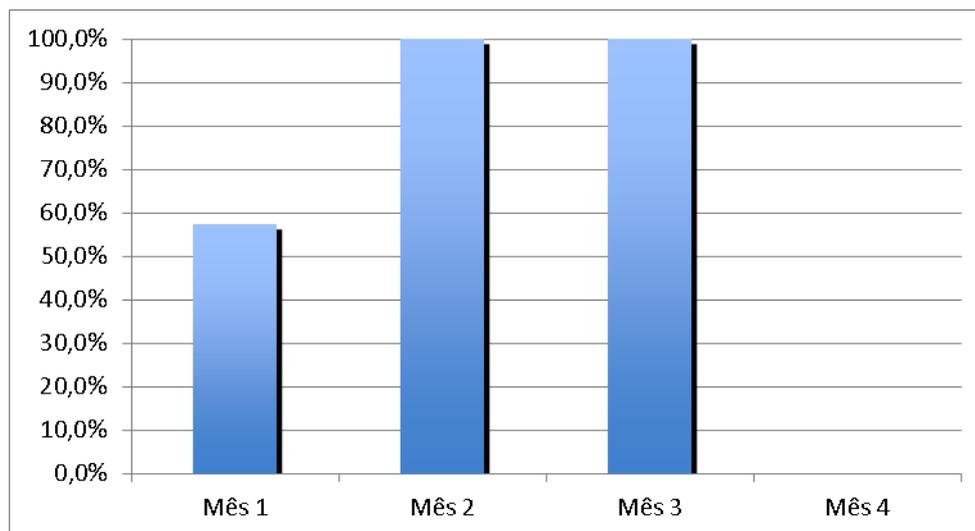


Figura 7: Proporção de idoso com Avaliação de o risco para morbimortalidade em dia na ESF de Braga -RS- 2015.

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

Indicador: Proporção de idoso com avaliação para fragilização na velhice em dia.

Como mostra a Figura 8, com este indicador, conseguimos cumprir o 100% desta meta ao encerrar a intervenção. No primeiro mês 56 (62.9%) tinha avaliação de fragilização na velhice em dia, no segundo mês, este indicador teve uma grande melhoria, atingimos 152 (100%) usuários e no terceiro mês 301 (100%) usuários cadastrados já com o 100% com avaliação para fragilização na velhice em dia.

Não tivemos dificuldade para avaliarmos os idosos quanto a fragilização na velhice. Foi possível atingir 100% da meta, pois a equipe foi bem capacitada para essa ação.

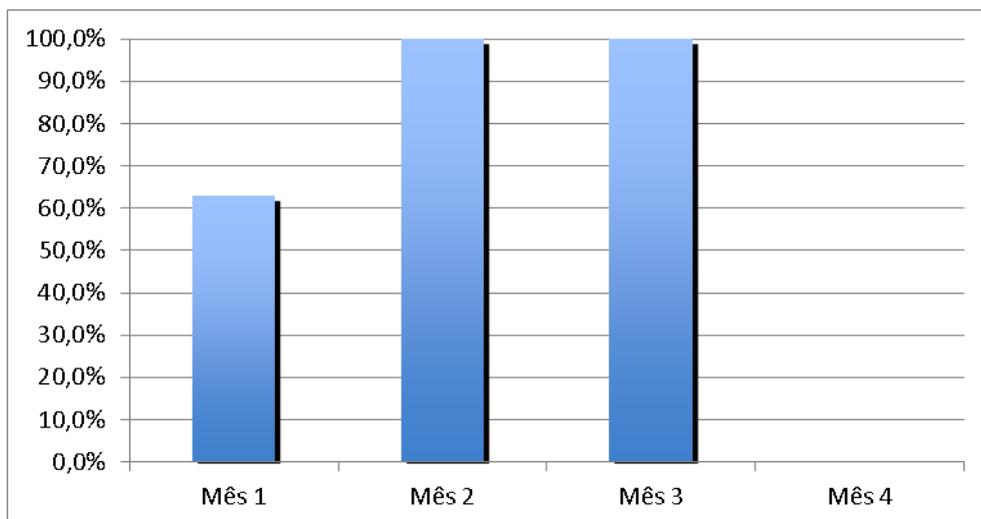


Figura 8: Proporção de idoso com avaliação para fragilização na velhice em dia na ESF de Braga -RS- 2015.

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

Indicador: Proporção de idoso com avaliação de rede social em dia.

Esta meta foi alcançada 100% dos usuários idosos cadastrados, durante o período da intervenção. No primeiro mês, 89 (100%) dos usuários cadastrados foram avaliados com rede social em dia, no segundo mês, atingimos 152 (100%) e no terceiro mês, 301 (100%) usuários do total de usuários cadastrados.

O 100% dos idosos, foram avaliados com rede social em dia. Também é bom destacar que devido ao esforço e comprometimento de toda a equipe tendo as ACS o resultado é positivo.

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos

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

Indicador: Proporção de idosos que receberam orientações nutricionais para hábitos saudáveis.

Meta alcançada também aos 100% dos usuários idosos, cadastrado durante o período da intervenção. No primeiro mês 89 (100%) usuários cadastrados receberam orientações nutricionais de hábitos saudáveis, no segundo mês, 152 (100%) e no terceiro mês, 301 (100%), o total de usuários cadastrados.

O 100% dos idosos, receberam orientações sobre uma boa alimentação, ou seja, orientação nutricional para hábitos saudáveis.

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

Indicador: Proporção de idoso que receberam orientações sobre prática de atividade física regular.

Foi possível alcançar 100% da meta deste indicador nos três meses. No primeiro mês, atingimos 89 (100%) usuários cadastrados receberam orientações sobre prática de atividade física regular, no segundo mês 152 (100%) e no terceiro mês, 301 (100%).

Foi possível alcançar este indicador com as metas estabelecidas dos usuários idosos cadastrados durante o período da intervenção.

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

Indicador: Proporção de idoso com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia.

Meta cumprida, 100%. No primeiro mês, atingimos 89 (100%) usuários cadastrados receberam orientações sobre prática de atividade física regular, no segundo mês 152 (100%) e no terceiro mês, 301 (100%).

Todos os idosos receberam orientações individuais sobre higiene bucal em dia, não tivemos dificuldades com o atendimento, graças ao trabalho da equipe. Os 301 (100%) idosos cadastrados receberam orientações individuais dos cuidados de saúde bucal planejado com a equipe odontológica da ESF1 que além do atendimento em consulta, com pendências de alguns já agendados, ofereceu palestras de saúde bucal.

4.2 Discussão

O desenvolvimento de nossa intervenção, foi de vital importância para nossa população e para os idosos envolvidos no projeto. A intervenção na unidade básica de saúde na qual atuou propiciou a ampliação da cobertura do Programa Saúde do Idoso para 94,7% com melhoria na atenção na saúde do idoso, de forma individual elevando a qualidade de vida e de saúde de cada um deles. Propiciou também

melhora na qualidade dos atendimentos, com realização da Avaliação Multidimensional Rápida conforme MS; realização do exame clínico apropriado, incluindo exame físico dos pés, com palpação de pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade para diabéticos; realização da solicitação de exames complementares periódicos em idosos hipertensos e/ou diabéticos; priorização da prescrição de medicamentos da Farmácia Popular; cadastro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Este projeto é de vital importância para UBS, porque exigiu capacitação da mesma, para seguir as recomendações do Ministério da saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da saúde do idoso. Promoveu o trabalho integrado porque através do mesmo, todos integrantes da equipe adquiriu mais experiência e conhecimento no atendimento da população idosa e trazendo maior integralidade entre os profissionais e melhorando a organização do processo de trabalho da equipe. A melhora dos registros propiciou melhoria para acesso de informações à saúde do usuário, otimizando o tempo de todos.

A realização de nossa intervenção, foi de vital importância para comunidade porque cada um dos idosos, garantiu modificar o modo e estilo de vida de cada um deles e melhorar hábitos saudáveis, dietéticos e alimentares. A intervenção foi importante outros membros da comunidade gostaram de saber que se estava trabalhando especialmente em prol da saúde dos idosos, assim como também, para cada um de seus familiares, foi de vital importância o conhecimento da prática de atividade física regular de cada idoso, evitando o sedentarismo, também o conhecimento de uma adequada higiene bucal. Assim, proporcionando um melhor controle e seguimento do SUS quanto à doença crônica como Diabetes e Hipertensão.

Caso tivesse oportunidade de fazer este projeto novamente, gostaria de garantir ter 100% dos idosos cadastrados e tratar de motivar e incentivar aqueles idosos que não quiseram participar do projeto. Na rotina do serviço diário, como ação programática que pretendia melhorar, é importante a realização de palestras e ações educativas como a medição da pressão arterial em cada consulta, o controle da glicemia em cada consulta, atendimento odontológico para evitar a formação de cáries dentária, adequado exame clínico -físico, para detectar com maior certeza, os fatores de risco para saúde do idoso.

Torna-se necessário ainda valorizar, reconhecer e continuar a acompanhar os Idoso que já efetuaram mudanças efetivas nos seus padrões de comportamento, de forma que continuem a trabalhar nesse sentido. Será também importante, relativamente aos idosos mais resistentes à mudança, que se faça um trabalho mais individualizado, percebendo quais as maiores dificuldades e quais os constrangimentos para a mudança. Por outro lado, atendendo a que o projeto foi desenvolvido nesta população, o mesmo é válido nesta comunidade.

A intervenção demonstrou-se plenamente viável de ser incorporada à rotina da UBS, pelo que será incorporada à rotina da unidade. Isso porque trouxe bons resultados, foi amplamente aceita pela população local, teve fácil adaptação e conciliação às demais atividades da UBS.

Os resultados obtidos, poderão ser extrapolados para outros serviços ou UBS do município, que possam resolver os problemas e dificuldades de saúde dos idosos em suas populações. Também é viável ampliar este projeto, em si mesmo, mostrando outras realidades para melhorar a qualidade e atenção a saúde dos idosos. Assim, como para outros grupos prioritários.

5 Relatório da intervenção para gestores

Como proposta do curso de Especialização em saúde da Família da UNASUS-UFPEL, o relatório foi feito com o objetivo de informar os gestores sobre os resultados do trabalho de intervenção. O presente trabalho foi feito para Melhorar a atenção e a qualidade de saúde dos idosos na ESF do Município de Braga /RS. Buscou-se assim, melhorar a adesão, os registros das informações de idoso ao programa, mapear usuários de risco para doenças crônicas e promover a saúde.

O projeto foi executado a partir dos quatro eixos pedagógicos: o monitoramento e avaliação, a organização e gestão de serviço, o engajamento público e a qualificação da prática clínica. Para a realização desta intervenção, foram utilizados os cadernos de Atenção Básica de Saúde aos Idosos, Diabetes Mellitus e de Doença Cardiovascular, Cerebrovascular e Renal Crônica do Ministério da Saúde de 2013. Utilizamos a ficha-espelho do programa de atenção aos idosos, Planilha de coleta de dados disponibilizada pela Universidade Federal de Pelotas. Foi possível também desenvolver as ações, através do apoio dos gestores, como o transporte para garantir à divulgação do projeto as consultas, visitas domiciliares, busca ativa de usuários faltosos e participação de usuários no grupo de HIPEDIA, propiciando os resultados alcançados. .

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento dos idosos. Esta atividade promoveu o trabalho integrado de toda a equipe. Isto acabou tendo impacto também em outras atividades no serviço, contribuiu na organização da atenção de outros programas preconizados pela ESF, gestantes, lactantes, e na organização de todos os serviços da UBS.

Temos uma população total de 3 700, com 318 idosos (8.5 % da população total). Sendo possível cadastrar todos os usuários e desenvolvendo todas as metas propostas com resultados satisfatórios. Assim como; oferecemos aos 301 idosos um exame clínico apropriado; garantimos 127 (100%) dos idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares em dias.

Garantimos também à verificação da pressão arterial na última consulta; garantindo 92 (100%) dos idosos hipertensos a serem rastreados para diabetes; atingimos também 301 (100%) dos idosos que teve avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Garantimos busca ativa de 7 (100%) usuários faltosos; assim como aos 301 (100%) de idosos com registros na ficha espelho em dia; sendo avaliados 301 (100%) de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia. Todos nossos objetivos e metas foram alcançados com ajuda de toda uma equipe em conjunto e com apoio especial do secretário de saúde.

Sendo assim, é de grande importância que este trabalho tenha continuidade pela equipe, após o Programa Mais Médico, para que haja qualidade de vida do idoso. São necessárias algumas melhorias para que haja um trabalho mais integral a saúde da população idosa.

A gestão pública demonstrou-se muito importante nesse trabalho, propiciando diálogo e reivindicações entre profissionais da saúde e gestores públicos. Trabalhos como este de intervenção, devem continuar sendo propiciados, através da parceria entre profissionais, gestores e população.

Com o apoio dos profissionais da saúde, gestores públicos e a comunidade têm certeza que a saúde pública tem muito a oferecer à população.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Este relatório foi feito com a finalidade de que a comunidade de Braga conheça o resultado da intervenção e o benefício que trouxe para a comunidade e como está sendo incorporada à rotina do serviço e principalmente, comprovando como a comunidade pode apoiar para que a atenção cada dia seja melhor, fortalecendo o engajamento Público.

A intervenção foi realizada no Programa de atenção à saúde dos idosos, na ESF, na área rural e urbana do Município de Braga. A intervenção teve uma duração de 12 semanas. O objetivo de nosso trabalho foi qualificar atenção à saúde dos idosos cadastrados em nossa área de abrangência. Durante estes três meses de trabalho a Equipe conseguiu cumprir com todas as ações propostas no cronograma, sem precisar fazer mudanças.

Para dar início à intervenção foi necessária a divulgação do projeto que com o apoio dos gestores, foi possível realizá-la. Foi necessário semana a semana capacitar os membros da equipe, no Protocolo de Atenção Básica à Saúde dos idosos e outros temas de seu interesse, para um melhor conhecimento e desenvolvimento das ações programáticas. Para isso, contamos com o apoio da liderança comunitária, foram oferecidas palestras sobre o tema no grupo de HIPERDIA e na comunidade.

Os atendimentos foram realizados todos de forma agendada e priorizado devido ao trabalho integrado da equipe e a participação ativa da comunidade.

Apesar de que em muitas ocasiões, devido às férias de muito dos funcionários, e desligamento de uma ACS e também pelas condições climáticas, a pendência da realização dos exames complementares, por depender de outras unidades de referências, os resultados da intervenção nos deixaram muito felizes.

Sendo possível cadastrar o 94,7% dos usuários e desenvolvendo todas as metas propostas com resultados satisfatórios durante as 12 semanas que se desenvolveu a intervenção, foi possível realizar a todos idosos Avaliação Multidimensional Rápida. Também oferecemos a todos idosos cadastrados exame clínico apropriado em dias; garantimos que os 127 idosos hipertensos e/ou diabéticos tiveram solicitação de exames complementares em dias; garantimos também 241 (80,1%) dos idosos com prescrição priorizada com medicamentos da farmácia popular; conseguimos cadastrar todos os idosos com problemas de locomoção e fazer visita domiciliar para cada um deles. Garantimos que todos os idosos cadastrados á verificação da pressão arterial na última consulta; garantindo que todos os hipertensos foram rastreados para diabetes; atingimos que todos tiverem avaliação da necessidade de atendimento odontológico, sendo proporcionado ao mesmo a primeira consulta odontológica.

Garantimos busca ativa a todos aos usuários faltosos; assim como registro na ficha espelho em dia. Falamos para comunidade a importância sobre orientação nutricional com hábitos saudáveis, orientação sobre prática de atividade física regular; orientação individual de cuidados de saúde bucal é indispensável para ter uma boa saúde metas alcançada em nossa intervenção.

Hoje é rotina de nosso trabalho com melhora das dificuldades encontradas, com maior qualidade e atendimentos e cotamos com apoios de todas as lideranças da comunidade.

Com a realização deste projeto, além de melhorar a qualidade do atendimento aos Idosos de nossa área de abrangência, incorporamos as ações desenvolvidas durante a intervenção a nossa rotina de trabalho, incentivando também o desenvolvimento de outros Programas em nossa área, tais como atenção as gestante, crianças com apoio dos demais setores da saúde.

Podemos dizer que o projeto de intervenção alcançou os objetivos propostos, pois conseguimos aumentar a cobertura do atendimento. Assim como, a qualidade do atendimento que melhorou e proporcionou qualidade de vida, destacando que sem o apoio da comunidade, este projeto não havia sido desenvolvido.

A intervenção proporcionou uma ferramenta para a ampliação da cobertura e qualidade da atenção da saúde do idoso. Estes foram os primeiros passos para o melhoramento da qualidade de saúde do município. Esperamos que esta

intervenção possa continuar e o que nos motiva para prosseguir e com essa perspectiva de proporcionar a cada dia uma melhor qualidade de vida a nossa população.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Minha opinião do curso é que foi todo muito bom, durante o desenvolvimento do mesmo e a realização das tarefas, pois minha prática profissional continuou melhorando assim como meus conhecimentos.

As minhas expectativas iniciais foram melhorar minha Qualificação da prática profissional e a intervenção no serviço, para melhorar a atenção à saúde. Ajudar a formação da equipe com capacidade técnica, eficientes em relação ao planejamento e à gestão para a formação de vínculo com a população assistida. Sentir-me estimulada com a participação e a autonomia da solução de problemas concretos no contexto em que atuo, com protagonismo na geração de mudanças em minha equipe. Estabelecer uma boa relação com o curso, interagindo, colaborando, avançando a partir das diferentes atividades propostas. Promovendo a capacidade de gestão e de organização de serviços de Atenção Primária à Saúde e Saúde da Família e fazer com cuidado e profundidade cada tarefa fazê-la o melhor possível, com formação centrada em minha equipe de saúde, e não fazer nada isolada, sempre ter em conta minha ESF, tratando de enriquecer e aprender com minha participação ativa com os diferentes espaços virtuais oferecidos nesta modalidade de ensinar distância, aprofundando meus conhecimento clínico, através de estudos orientados.

Foi muito gratificante conseguir alcançar as minhas expectativas já que no início tive a sensação que seria difícil conseguir incorporar à rotina da unidade, qualquer ação programática, inclusive não tinha ideia qual seria a ação programática a selecionar.

Quanto a minha prática profissional, a realização do curso tem promovido a melhora do meu conhecimento científico e de pesquisa relacionada com a intervenção, assim como a melhora das atividades da prática clínica e trabalho

conjunto e humanizado da equipe, com a melhora da comunicação e respeito entre os colegas, graças ao apoio deles, posso falar que conseguir atingir as metas propostas e cumprir o cronograma. Além disso, a ação programática fica como rotina no posto. Me sinto realizado como profissional, com as condições necessárias, em relação ao conhecimento e governabilidade, para implantar outras intervenções e melhorar a qualidade da atenção médica, promovendo maior satisfação dos usuários e impactando na saúde da comunidade.

Dentre dos aprendizados mais relevantes decorrentes do curso, posso citar o maior conhecimento dos princípios do SUS, para mim foi importante, porque conheci o significado de cada princípio e os direitos e deveres dos usuários do SUS, pois aprendi como promover o engajamento público, mediante ações de promoção e educação, através de grupos específicos e outras ferramentas junto ao resto da equipe, o acolhimento e Atenção a Demanda espontânea, já que dela depende a adesão da comunidade, e sobre as ações Programáticas, com a atenção específica para cada grupo e os Protocolos de atendimento recomendados pelo Ministério da Saúde no Brasil. Foi muito enriquecedor obter conhecimentos das estimativas da população e das políticas públicas em saúde.

A realização dos casos interativos da prática clínica e as revisões Bibliográficas dos temas, assim como os TQC, permitiu a revisão dos meus conhecimentos, e a atualização a respeito das características sócio demográficas do Brasil, assim como o manejo adequado das doenças. Pude dessa forma, aumentar o raciocínio clínico individual. A interação coletiva, ao postar tanto nos fóruns de clínica e coletivos como promoveu a observação da situação de outras realidades, assim como a discussão e raciocínio clínico.

Foi minha primeira experiência de aprendizagem a distância mediante ambiente virtual, e posso expressar minha satisfação pelo aprendizado com suas vantagens da liberdade de fazer minhas tarefas em qualquer lugar e horário, facilitando os estudos confortáveis e motivados com casos interativos da prática clínica, e sobre tudo, ajuda contínua do corretor de texto e troca de ideias com outros colegas e professores, melhorando muito a gramática do idioma português,

levando para minha vida muito mais conhecimentos, boas experiências nas intervenções e um alto nível de responsabilidade por dever a cumprir com bases sólidas desse processo de aprendizagem no curso, com as expectativas alcançadas e com o compromisso de aplicar na prática, onde eu estiver trabalhando, para assim elevar a qualidade da saúde pública nas comunidades brasileiras.

Referências

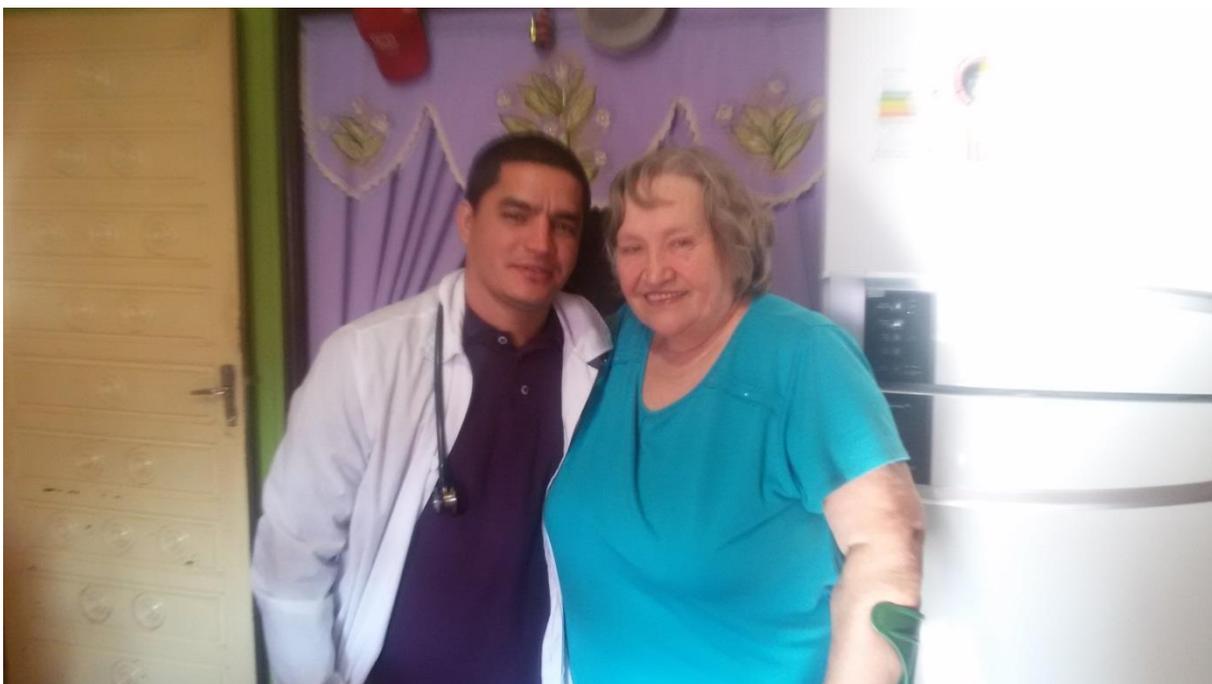
BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades [Internet]. Rio de Janeiro; 2010 a. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19). Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Apêndices

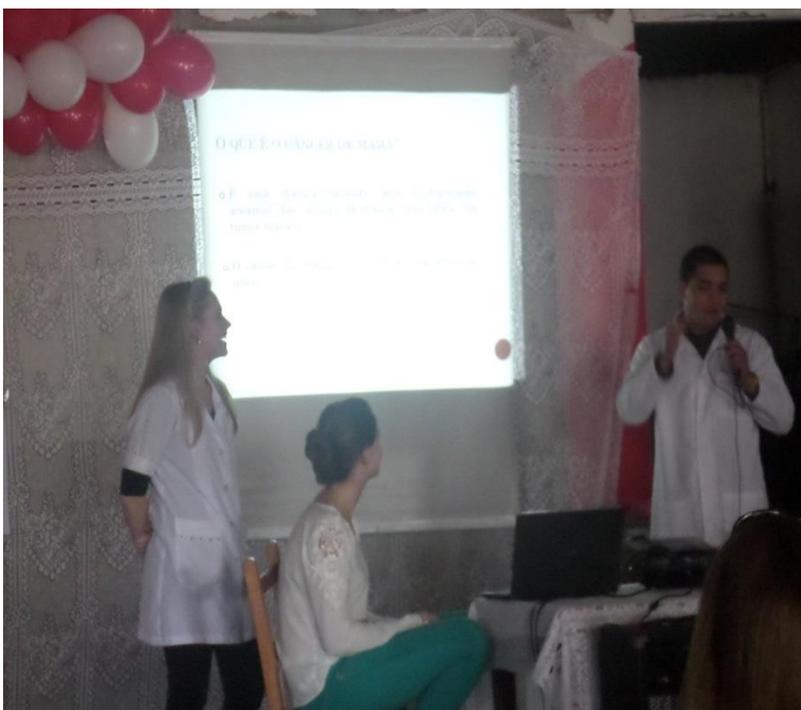
Apêndice A - Fotos da ESF Braga

Foto com a enfermagem em visita domiciliar aos idosos





Relatório com a Comunidade



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 Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

