

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



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria na Saúde dos Idosos na Unidade de Saúde de Grajaú, São João do
Piauí, PI**

Juan Carlos Escalona Garcia

Pelotas, 2015

Juan Carlos Escalona Garcia.

**Melhoria na Saúde dos Idosos na Unidade de Saúde de Grajaú, São
João do Piauí, PI**

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

Orientador: Cristiano Pinto Santos

Pelotas, 2015

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

G215m García, Juan Carlos Escalona

Melhoria na Saúde dos Idosos na Unidade de Saúde de Grajaú,
São João do Piauí, PI / Juan Carlos Escalona García; Cristiano Pinto
Dos Santos, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

74 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. Santos, Cristiano Pinto Dos,
orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família que mesmo estando longe sempre
estará presente em minha vida.

Agradecimentos

Primeiramente à Deus que sempre me acompanhou e cuidou para que eu chegasse a esta etapa de minha vida e cumprisse minhas metas.

A meu orientador Cristiano Pinto dos Santos pela paciência e profissionalismo ao largo deste trabalho.

A Universidade Federal de Pelotas por permitir ser parte dela e ajudar nosso desenvolvimento profissional

Agradecer toda a equipe de saúde e demais profissionais que participaram de nossa intervenção e nos permitiram conseguir nossos objetivos.

Aos usuários que foram parte essencial de nosso trabalho.

A todos muito obrigado.

Resumo

Escalona Garcia, Juan Carlos. **Melhoria na Saúde dos Idosos na Unidade de Saúde de Grajaú, São João do Piauí, PI.74F.** 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

O processo de envelhecimento populacional vem se tornando tema de preocupação entre os organismos nacionais e internacionais. O Brasil tem sido pioneiro na promulgação de leis que visam à proteção social da pessoa idosa, além de ser signatário de políticas internacionais relativas ao tema. No entanto, muitos fatores limitam a possibilidade do acompanhamento e monitoramento das pessoas idosas, como disponibilidade de informação adequadas e oportunas, indicadores sensíveis e os serviços de saúde. O envelhecimento populacional é um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea no mundo todo, a cada ano que passa mais de 650 mil idosos são incorporados a população brasileira e temos que encontrar os meios para incorporar os idosos em nossa sociedade. A intervenção foi realizada na unidade de saúde de Grajaú e teve como objetivo melhorar a saúde dos usuários idosos, no período de 12 semanas. As ações foram desenvolvidas em quatro eixos: organização e gestão dos serviços, qualificação da prática clínica, engajamento público e monitoramento da avaliação. Os resultados indicam melhoria nos atendimentos destes usuários e na maioria das metas conseguimos resultados satisfatórios, mas a meta de cadastrar 100% dos idosos não foi atingida. Cadastramos 261 usuários que representam 96,7% da população da área. Melhoramos os demais indicadores de qualidades, como, por exemplo, o exame físico completo em 96,75% dos cadastrados, avaliação multidimensional rápida em dia em 262 usuários, representando 96,7% dos cadastrados, exames complementares em 194 usuários (96,5%). Todos os idosos receberam orientações para realizarem atividades físicas de forma regular e manter alimentação saudável. Em todos os acamados realizamos visitas domiciliares e todos foram avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico e já programados suas primeiras consultas odontológicas, tudo isto entre os principais resultados de nossa intervenção. Podemos dizer que a atenção aos idosos melhorou, pois ocorreu uma melhora nos acolhimentos e toda a equipe foi capacitada. Ainda há um longo

caminho a percorrer, mas com a inserção da intervenção em nosso trabalho na rotina diária do serviço temos certeza que conseguiremos um melhor atendimento dos idosos e assim continuaremos melhorando os indicadores de saúde deles.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico da Cobertura do programa de atenção à saúde dos idosos	47
Figura 2	Gráfico da Proporção de idosos com avaliação multidimensional rápida em dia.	48
Figura 3	Gráfico da Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia	49
Figura 4	Gráfico da proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares em dia	49
Figura 5	Gráfico da Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada	50
Figura 6	Gráfico da Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar	51
Figura 7	Gráfico da proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	52
Figura 8	Gráfico da Proporção de idosos faltosos que receberam busca ativa	53
Figura 9	Gráfico da Proporção de idosos com ficha espelha em dia	54
Figura 10	Gráfico da Proporção de idosos com caderneta de saúde da pessoa idosa.	54
Figura 11	Gráfico da Proporção de idosos com risco de morbimortalidades	55
Figura 12	Gráfico da Proporção de idosos com avaliação da fragilidade na velhice	56
Figura 13	Gráfico da Proporção de idosos com avaliação das redes sociais em dia.	56
Figura 14	Gráfico da Proporção de idosos que receberem orientações de atividade físicas de forma regular	57

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos.

ACS	Agente Comunitário de Saúde
DM	Diabetes Mellitus
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica

Sumário

Apresentação	Erro! Indicador não definido.
1 Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional	Erro! Indicador não definido.
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	21
2 Análise Estratégica	23
2.1 Justificativa	23
2.2 Objetivos e metas	25
2.2.1 Objetivo geral	25
2.2.2 Objetivos específicos e metas	25
2.3 Metodologia	27
2.3.1 Detalhamento das ações	27
2.3.2 Indicadores	33
2.3.3 Logística	36
2.3.4 Cronograma.....	Erro! Indicador não definido.
3 Relatório da Intervenção.....	40
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	40
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	41
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	42
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	42
4 Avaliação da intervenção.....	44
4.1 Resultados.....	44
4.2 Discussão	56
5 Relatório da intervenção para gestores	59
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	61
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	62
Referências	64
Apêndices.....	Erro! Indicador não definido.
Anexos	69

Apresentação

O presente volume trata do Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família modalidade Ensino à Distância da Universidade Aberta do Sistema único de Saúde (SUS) em parceria com a Universidade Federal de Pelotas UFPEL/UNASUS como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família. O trabalho foi constituído por uma intervenção com o objetivo geral de melhorar a atenção à saúde das pessoas idosas na unidade de Saúde de Grajaú, no município de São João do Piauí/PI. O volume está organizado em cinco capítulos, no primeiro apresenta-se o Relatório da Análise Situacional, texto escrito na primeira unidade do curso de especialização em saúde da família, onde explicamos qual a situação do serviço em nossa unidade de saúde. No segundo capítulo, definimos a análise estratégica, na qual se apresenta o Projeto de Intervenção dos idosos, baseado no protocolo Envelhecimento e saúde da pessoa idosa do ano 2010 e na Atenção e saúde da pessoa idosa, do ano 2006. O terceiro capítulo refere-se ao relatório de intervenção realizado, que discorre sobre todas as ações previstas e desenvolvidas no período de janeiro a abril de 2015, onde realizamos a coleta e sistematização dos dados e incorporamos nossa intervenção na rotina do serviço. O quarto capítulo refere-se à análise e discussão dos resultados da intervenção. Também foi realizado o relatório da intervenção para o gestor municipal e para a comunidade.

No quinto e sexta capítulo realizou relatórios para gestores e comunidade e no sétimo capítulo foi realizada uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no transcorrer de todo o curso, finalizando o volume com os anexos e demais apêndices utilizados no trabalho.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Nossa área de saúde está localizada no município de São João do Piauí, em uma zona rural, a 25 km de distância do centro da cidade. Contamos com uma área de atendimento muito extensa e longe de nossa UBS, onde não contamos com as ferramentas e condições necessárias para fazermos um melhor atendimento a nossos usuários.

A equipe de saúde está formada por um médico especialista na atenção primária de saúde, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, dentista, auxiliar de dentista e oito agentes comunitários de saúde. A dentista trabalha em outra unidade de saúde na cidade já que a nossa ainda não tem as condições estruturais para ela oferecer os serviços. Nossa unidade de saúde agora está em ampliação e remodelação.

Nossa UBS foi construída como local adaptado há quinze anos, e não possui a estrutura necessária para realizarmos todos os atendimentos que necessitam nossos usuários. A UBS está em ampliação no momento conta com locais apenas para a consulta médica, consulta de enfermagem, onde também ficam os medicamentos e uma sala de espera para dez usuários. Sendo assim, ainda faltam muitas coisas para ser considerada uma verdadeira UBS, pois, não tem uma estrutura confortável, nem para os trabalhadores nem para os usuários. Não existe corrimão de acesso para usuários com deficiência motora e nem rampa para acesso de cadeirantes. A iluminação ainda é muito deficiente e dificulta nosso trabalho.

Não temos sala de vacina, locais para fazer curativo, aplicar injeções, aerossol e realizarmos exames de prevenção. Não conseguimos realizar bons exames físicos aos usuários por não contarmos com os instrumentais necessários

para os mesmos. Nosso espaço de trabalho é muito reduzido e as estruturas construídas dificultam muito o desempenho profissional, mas a equipe de saúde trabalha com muito amor e muita dedicação com os usuários para garantir que eles recebam atenção médica da forma que eles merecem.

Trabalhamos de segunda a quinta-feira, mas sempre nas segundas oferecemos atendimentos em uma unidade de saúde na cidade com melhores condições estruturais e materiais, onde são realizados atendimentos que não podemos oferecer na unidade do interior como, o pré-natal, puericultura, exame citopatológico do colo uterino, vacinas e onde também assistem nossos usuários a realizarem os exames solicitados. Nesta unidade na cidade oferecemos atendimento odontológico e realizamos reuniões de equipe e planejamento dos atendimentos da semana, com a participação dos agentes de saúde. Na quarta-feira oferecemos nosso atendimento na UBS do interior e os demais dias oferecemos atendimento aos demais bairros onde prestamos nossos serviços. Também nestes dias, realizamos capacitação e atendimento de gestante, consultas de puericultura, atendimento puerperal e recém-nascido, vacinação das áreas, programa de saúde na escola, atendimento de adolescentes, pessoas idosa, doenças crônicas não transmissíveis, saúde ambiental e exame preventivo para câncer de colo uterino e mama. Em todos os atendimentos contamos com a ajuda das lideranças das comunidades e participação de toda a população, como de familiares de pessoas que precisam de atendimentos. Aqueles que precisam de atendimentos especializados são encaminhados e contamos com a ajuda da secretaria municipal de saúde.

Nossa equipe de saúde trabalha para melhorar a saúde de toda a população de nossa área de abrangência e de todos aqueles que precisam de nosso serviço. A nossa população fica muito feliz e contente com nosso trabalho e mesmo com todas as carências materiais e de estrutura física da UBS, consideramos que se trabalharmos em conjunto com nossa população e demais atores sociais conseguiremos que nossos governantes fiquem mais preocupados com nossas necessidades de saúde, e assim, conquistaremos uma verdadeira atenção básica de saúde com qualidade.

1.2. Relatório da análise situacional

Trabalhamos no município São João do Piauí (PI), que está localizado às margens do Rio Piauí, distante 450 km da capital Teresina. Temos uma economia baseada na agricultura familiar, na pecuária e mais recentemente no comércio, possuindo uma área de 1488 km² com uma população de 19.264 habitantes. Contamos com um hospital regional, uma maternidade municipal, um laboratório de exames, duas unidades básicas de saúde com sete equipes de saúde em funcionamento, sendo duas localizadas na zona rural e cinco em zona urbana. Possuímos um centro de atendimento odontológico, núcleo de apoio à saúde da família, sistema de atendimento de urgências, um centro de atendimento psicossocial. Também temos clínicas privadas onde as pessoas realizam alguns dos exames que precisam com mais urgência. Não contamos com atenção especializada, sendo as pessoas encaminhadas a outros municípios para realizarem e terminarem os atendimentos. Apesar de contar com todos os serviços mencionados, nossa população ainda não consegue resolver todos seus problemas de saúde em nosso município.

Nossa unidade de saúde localiza-se na zona rural, ficando uns 25 km da cidade. É composta por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma dentista e sua técnica, que trabalham em outra unidade, já que ainda não temos local para ela. Contamos também com oito agentes de saúde e nossa forma de atendimento é ESF tradicional. Disponibilizamos atendimento uma área muito extensa geograficamente e temos mais de 17 bairros, muitos com acesso somente por estrada de terra e um que necessita de acesso fluvial. Temos em nossa área de atendimento instituições de ensino e nos vinculamos de uma forma direta com eles através das palestras que realizamos em conjunto.

Oferecemos atendimento todos os dias da semana. Na segunda feira atendemos em uma unidade de saúde localizada na cidade onde residem alguns de nossos usuários. Neste dia atendemos todas as pessoas, mas damos prioridade às gestantes e consulta de puericultura. Nos outros dias fazemos consultas e visitas domiciliares segundo nossa programação e necessidades da população. Em nossa unidade de saúde atendemos a todos e ninguém fica sem atendimento, independente da demanda diária.

A estrutura física de nossa unidade de saúde é muito precária e temos sala para o médico, mas não temos um local específico para enfermeira, que trabalha na sala do lado, onde também são realizados curativos e onde guardamos insumos médicos e medicamentos. Não temos sala de vacina e nem local para fazer prevenção e promoção em saúde. Temos uma sala de espera só para umas 10 pessoas, que também é usada para fazer o acolhimento dos usuários. A estrutura física tem mais de 15 anos e não têm condições físicas adequadas para atender uma pessoa em cadeira de roda, pessoas com mobilidade reduzida. A iluminação é muito escassa, tanto a natural como artificial e temos dificuldades com abastecimento do material, não podendo fazer muitos procedimentos necessários. Um exemplo é a nebulização, que não pode ser feita porque não temos os equipamentos e medicamentos necessários.

Temos medicamentos para doenças crônicas, mas ainda não são suficientes, mas nossos usuários têm cadastro na farmácia popular que melhora muito as carências. Não temos alguns equipamentos como balanças, nebulizador, macas, oftalmoscópios, entre outros. Além disso, não temos um programa preventivo para dar mantimentos aos poucos equipamentos que contamos.

Temos que melhorar a educação em saúde para nossa população e também entre nossa equipe de saúde, vinculando todos os atores sociais para melhorar a estrutura de nossa unidade de saúde. Atualmente temos dificuldades na realização de exames e também dificuldades para consultas especializadas.

Como podemos perceber nossa unidade de saúde tem muitas dificuldades estruturais e materiais e temos certeza que se conseguirmos melhorar as condições da unidade de saúde, alcançaremos nosso principal objetivo que é dar um atendimento de qualidade a nossa população, melhorar a cobertura em saúde e diminuir a incidência de doenças crônicas não transmissíveis e poder oferecer um melhor serviço de saúde.

As atribuições de nossa equipe de saúde estão bem estabelecidas e definidas segundo portaria, mas muitas vezes temos que reforçar nossas atribuições. Nosso trabalho é realizado em equipe e não podemos esquecer-nos de nossas responsabilidades, pois apesar de pouco tempo trabalhando no sistema de saúde brasileiro, sempre conversamos sobre as atribuições individuais. Os agentes de saúde são muito importantes para a busca dos faltosos, agendamento de consulta. A técnica de enfermagem atua no acolhimento, no gerenciamento dos

insumos e busca as pessoas faltosas. A enfermeira realiza atendimentos, busca os faltosos, gerencia os insumos, além de organizar o trabalho dos agentes comunitários de saúde. O médico realiza atendimento e participa de outras atividades realizadas pela equipe. Podemos destacar que cada um tem suas atribuições, mas ninguém trabalha sozinho. Somos uma equipe de saúde e priorizamos as responsabilidades e respeitamos o trabalho dos demais integrantes. Dessa forma, não temos dificuldades em nosso trabalho diário.

Apesar dos pontos positivos, ainda temos muito que melhorar, pois temos situações onde não podemos atender como queríamos. Temos que melhorar também a educação sanitária da população de nossa área e vincular a ela os cuidados da saúde, pois somente assim melhoraremos os indicadores de saúde do povo brasileiro.

Atendemos mais de 17 comunidades, distribuídas em uma área extensa e de difícil acesso, muito distante umas das outras, mesmo dentro da mesma comunidade e em muitos destes lugares só podemos chegar a pé. Temos uma população de 2815 habitantes, segundo último censo, onde predominam pessoas idosas, mulheres solteiras e crianças. Conforme foi descrito, temos uma comunidade que precisamos de transporte fluvial, mas não temos como chegar a ela por não contar com esse meio de transporte. Dependemos da ajuda de outras pessoas para poder visitá-las, relacionado com as quantidades de pessoa pensamos que não constituem impedimento para nossa equipe de saúde já que assistimos geralmente uma vez ao mês as todas as comunidades da área, mas em muitas das ocasiões isto se dificulta pela situação geográfica e difícil acesso em muitos lugares e temos que alargar no período de visita, tem tomado estratégia neste sentido como é nuns lugares visitar as pessoas em sua casa e acercar os demais vizinhos que fiquem pertos e em outros lugares dividir as zona de atendimentos e também, tivemos que trocar em outras comunidades o local de atendimentos, também tem vinculado de uma forma mais organizada os ACS, já que são pessoas que convivem nas comunidades também sempre precisamos com aprovação da população, mas ainda infelizmente temos uma comunidade que somente havemos visitado numa ocasião.

Olhando nosso caderno de ações programáticas, temos indicadores estimados de 42 crianças, 42 puérperas, 682 mulheres entre 25 e 64 anos, 212 mulheres entre 50 e 69 anos, 565 hipertensos com 20 anos ou mais, 161 diabéticos, 300 pessoas idosas com 60 anos ou mais. As coberturas encontradas foram abaixo

das estimativas: pré-natal 66%, puerpério 60%, saúde da criança 60%, câncer de colo de útero 83%, câncer de mama 92%, saúde de pessoa idosa 64%, hipertensos 41% e diabéticos 60%.

Pensamos que existem muitos fatores que influenciam nestes resultados dos quais posso mencionar:

- Falta cadastramento de toda nossa área de abrangência.
- A migração de nossa população em buscas de melhoras nas condições de vida.
- Necessidade e obrigação dos jovens de continuar os estudos em outros locais, já que não tem recurso na área de residência onde continuá-los.
- Existência de poucas possibilidades de trabalho, que permita poder atender as suas famílias.
- Baixo índice de natalidade em função de muitas mulheres não quererem ter mais filhos por causa das dificuldades econômicas.

Em relação à demanda espontânea, podemos destacar que conseguimos dar atenção a todos os usuários, seja na unidade de saúde, na escola, em casa de família, um local adaptado, mas ninguém fica sem atenção médica. Atendemos as consultas agendadas por agentes comunitários e todo aquele que procura a unidade é atendido também. Aqueles que não podem ir à consulta, geralmente recebem visitas de toda equipe de saúde em sua casa.

Realizamos as consultas de acordo com protocolo de atendimento do ministério de saúde. Estes protocolos são utilizados pelo médico e enfermeira e as principais ações desenvolvidas são: verificar crescimento e desenvolvimento, estado físico geral, estado nutricional, higiene da mãe e criança, promoção do aleitamento materno, posição para dormir, prevenção de doenças virais, avaliação da audição, visão, ausculta cardíaca, ausculta respiratória e dados antropométricos.

Realizamos atividades com grupos de mães e suas crianças no âmbito da UBS e em outros espaços comunitários. Nestas atividades participam toda a equipe de saúde e são dadas dicas de alimentação saudável, disponível na caderneta, curva de peso da criança e como reconhecer sinais de risco, próxima vacina. Orientamos também sobre a próxima consulta e aleitamento materno.

Na primeira consulta fazemos exame físico geral do recém-nascido, explicando as principais necessidades da criança, avaliamos as condições do nascimento, antecedentes obstétricos, riscos e orientamos sobre o aleitamento

materno exclusivo até os primeiros seis meses. Quando a mãe não vai à consulta, coisa que acontece muitas vezes, fazemos consulta no domicílio, tentando realizar esta nos primeiros sete dias após nascimento, onde tratamos de vincular toda a família no cuidado da mãe e recém-nascido.

Ainda falta muito para melhorar a cobertura no atendimento à criança, tendo que melhorar a educação da mãe relacionada às consultas programadas, apoiando o aleitamento materno, discutindo sobre gravidez na adolescência, ampliando a cobertura de vacinas e possibilitando que a mãe tenha um parto confortável e com a participação da família no cuidado à puérpera e criança.

Fazemos atendimento pré-natal na segunda feira em uma unidade de saúde na cidade, já que ainda não contamos em nossa UBS com as condições materiais e estruturais, aspecto que dificulta muito o contato com nossas mulheres grávidas. Sempre que atendemos nos bairros de nossa área, ficamos atentos àquelas gestantes que não vão à consulta e já sensibilizamos neste sentido. Após a consulta, realizada pelo médico e enfermeira, a gestante sai com a próxima consulta programada. Os atendimentos são registrados no prontuário clínico e cartão da gestante que toda mulher grávida possui. Não temos excesso de demanda das gestantes para atendimentos de saúde agudos. Utilizamos o protocolo de atendimentos pré-natal de ministério de saúde com o objetivo de dar um melhor atendimento às gestantes, um melhor desenvolvimento da gestação e uma gravidez e parto o mais feliz possível.

Ficamos sempre atentos para melhorar os indicadores de qualidade da atenção pré-natal como vacina, atenção odontológica, prescrição de sulfato ferroso, exame físico e ginecológico, orientações de aleitamento materno, e cuidados do recém-nascido. Destacamos também questões como atividades físicas, os riscos do consumo de álcool, tabagismo, uso de droga, higiene na gestante e ambiental, saúde bucal na gravidez, alimentação saudável e uso de anticonceptivo no pós-parto.

Em nossa UBS ainda temos que trabalhar para poder dar atendimento de qualidade e ampliar cobertura, mas sabemos que temos muitos aspectos importantes e prioritários para poder alcançar nossos propósitos como fazer bom acolhimento, melhorar condições estruturares e funcionais da UBS, conseguir melhor relacionamento entre os integrantes de nossa equipe de saúde, maior educação social e também precisamos de maior apoio de nossos governantes.

Relacionado à prevenção do câncer de colo do útero, em nossa unidade de saúde, fornecemos orientações a todas as mulheres de nossa área sobre possíveis doenças, fatores de riscos, educação em saúde para realização do exame de prevenção do câncer do colo do útero. Realizamos rastreamento neste sentido com objetivo de prevenir e diminuir a incidência de câncer de colo de útero e educamos para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Temos protocolo de prevenção do câncer de colo de útero, que é utilizado pela equipe de saúde.

A coleta do citopatológico é realizada pela enfermeira na segunda-feira em outra unidade de saúde, já que ainda não temos um local em nossa unidade de saúde, aspecto que dificulta muito o controle e seguimentos das mulheres. Temos arquivos específicos para os registros dos exames coletados, os dados são preenchidos no formulário especial, onde são revisados pela enfermeira para identificar mulheres faltosas, mulheres com exames em atrasos, exames alterados, integralidade dos registros e qualidade do programa. Realizamos atividade com grupos de mulheres, mas infelizmente não participam da forma como queríamos.

No Caderno de ações programáticas foi possível preencher com os dados solicitados, mas ficaram muito abaixo das expectativas do Brasil. Dessa forma, ao constatar os indicadores de qualidade podemos dizer que falta muito ainda para melhorar a atenção dessa população, pois temos apenas 61% das mulheres de nossa área com exame de prevenção do câncer de útero, embora termos melhorado muitos neste sentido, desde que iniciamos a trabalhar de forma permanente nesta área de saúde.

Temos muito ainda o que fazer para melhorarmos os indicadores de saúde neste sentido, mas temos algumas prioridades como melhorar educação para a saúde, relacionado com câncer de colo de útero, melhorar vinculação de toda a equipe de saúde com nossa comunidade, realizar busca ativa das mulheres faltosas e melhorar a infraestrutura de nossa unidade de saúde. Também temos que ficar atentos quando alguma mulher recebe um exame positivo, para poder encaminhá-la para que ela possa continuar a receber atendimento, pois é responsabilidade e obrigação de nossa equipe de saúde. Além disso, pretendemos que a família participe deste atendimento e dos demais realizados pela equipe de saúde.

Em relação aos controles do câncer de mama, realizamos atividades de prevenção e educação, orientamos sobre os principais riscos para o desenvolvimento deste câncer, os principais sinais e sintomas. Realizamos

rastreamento organizado em todas nossas consultas e utilizamos os protocolos de controle de câncer de mama para o atendimento de todas as mulheres. Ainda existe muito desconhecimento das mulheres neste sentido e muitas não querem ser examinadas, mas sempre falamos da importância do autoexame mamário.

Foi possível preencher os dados no caderno das ações programáticas, mas eles ficaram abaixo das estimativas, mas temos fatores que nos influenciam como o cadastramento incompleto de nossa população, baixo nível escolar das populações, falta de recursos e equipamentos para que as mulheres possam realizar exames necessários.

Ainda temos que melhorar muitos fatores para que se possa otimizar o conhecimento das mulheres sobre problemas de saúde, para que elas conheçam os principais fatores de risco, sinais e sintomas e realizem autoexame da forma correta. Pretendemos alcançar uma melhor atenção às mulheres, melhorar a infraestrutura médica, aperfeiçoar a busca ativa, melhorar a educação dos profissionais de saúde para esta ação, vincular a toda população, mas sempre lembrando que a educação em saúde é a melhor arma nesta luta.

Em nossa UBS oferecemos atendimento diário aos portadores de diabetes Mellitus e de hipertensão e as principais ações realizadas estão relacionadas com hábitos de vida saudável, controle de peso, realização de exercício físico, orientação para o não consumo de álcool, não fumar, baixo consumo de sal, entre outros. Relacionado com HAS podemos dizer que temos protocolo de atendimento para a doença, o qual é utilizado pela equipe e desenvolvemos atividades para a prevenção desta doença como orientar para a verificarem a pressão arterial nem que seja uma vez ao ano e realizarem tratamento contínuo aos que estão doentes. Temos medicamentos para estas doenças e aquele que precisar de outro que não tenhamos, podem buscar na farmácia popular. Podemos preencher os dados no caderno de ações programáticas, mas os mesmos ficaram abaixo das estimativas. Temos registrado em nossa área de abrangência 41 % das pessoas que apresentam esta doença. Muitos fatores geram maior dificuldade para conseguirmos aumentar os índices dos indicadores como falhas no cadastro de toda nossa população, migração. Além das consultas também realizamos visitas domiciliares àqueles que não podem ir até a unidade de saúde, onde aproveitamos para trabalhar a educação em saúde e levarmos alguns medicamentos. Os dados são preenchidos na ficha geral e prontuário clínico e temos um arquivo dos portadores

da doença, o qual é revisado trimestralmente pela enfermeira para verificar os faltosos. Toda a equipe de saúde participa do atendimento aos usuários, seja na consulta ou visita domiciliar.

Relacionado com diabetes Mellitus, temos números de 60% de cobertura dos usuários da área de abrangência, que também fica abaixo das estimativas do Brasil. As causas que acreditamos interferir são as mesmas mencionadas na HAS. Os usuários buscam com frequência as consultas, mas geralmente é muito difícil realizarem exames complementares, como glicemia de jejum, glicemia glicosada, fundo de olho, ureia, creatina, ácido úrico e eletrocardiograma. Estes têm que ser feitos em outra unidade distante de nossa unidade, aspecto que dificulta muito o controle. Também realizamos visitas domiciliares àqueles faltosos ou que por algum motivo não possam ir até a unidade. Atendemos pessoas com diabetes Mellitus segundo consulta agendada e demanda espontânea, mas não temos excesso de demanda por problemas agudos desta doença. Na consulta é feito exame clínico integral, com exame respiratório e cardiovascular. Não contamos com outras especialidades médicas para avaliar nossos usuários em casos necessários. Ainda falta muito a fazer para melhorar a saúde desta população, mas tentamos favorecer sua saúde dando orientações sobre a melhor dieta a ser seguido, não abandono de tratamento, cuidado da pele, dos pés, higiene bucal, controle de peso corporal, não fumar e demais atividades de educação em saúde. Temos que orientar a comunidade sobre a HAS, pois por serem uma doença silenciosa, muitas pessoas não valorizam os fatores de risco, pensando não terem nada, mas não sabem as consequências que esta alteração pode acarretar em sua saúde.

A diabetes Mellitus vem aumentando sua importância devida sua crescente prevalência, associada à dislipidemia e hipertensão arterial, sendo considerada uma condição sensível da atenção básica de saúde. Estudos que tem como título: Diabetes Mellitus, prevenção cardio primaria da associação médica brasileira e conselho federal de medicina demonstra que o bom diagnóstico e manejo deste problema ainda na atenção básica evita hospitalizações e mortes em função de complicações cardiovasculares e cerebrovasculares.

Relacionando o problema com os idosos, podemos dizer que foi possível preencher os dados no caderno de ações programáticas, utilizando os prontuários médicos e registro especifica dos idosos. Os dados preenchidos ficam abaixo das estimativas e acreditamos que se deva ao cadastro incompleto de nossa população,

o que dificulta conhecer com exatidão a quantidade de pessoas idosas de nossa área, pois os mesmos não procuram com muita frequência as consultas.

Na unidade de saúde oferecemos atendimento aos idosos todos os dias da semana e depois da consulta eles já saem com a próxima agendada e programada, mas muitos não retornam. Temos protocolos de atendimento os quais são do ministério de saúde. O primeiro tem como título Envelhecimento e saúde da pessoa idosa, e outra Atenção e saúde da pessoa idosa, do ano 2006, não temos excesso de demanda por problemas agudos de saúde. As principais ações desenvolvidas com idosos são prevenção dos acidentes e quedas, aspectos que ocorrem com frequência e muitas vezes são fatais. Fazemos prevenção do consumo de álcool, tabagismo, obesidade, doenças crônicas não transmissíveis, promoção de atividades físicas moderadas, hábitos de vida saudável. Na consulta fazemos exame físico geral e também falamos com eles e suas famílias destacando que ainda são pessoas importantes e podem dar um sentido a sua vida. Os familiares e a sociedade devem saber identificar os riscos que podem se apresentar aos idosos, para que em conjunto com nossa equipe de saúde possamos conhecer melhor a vida dos idosos. Alguns não podem ir às consultas, mas vamos às casas para dar atendimento de forma integral com objetivo de poder criar vínculos com a família. Alguns moram sozinhos e só recebem visitas quando a equipe de saúde vai até sua casa. Os indicadores de qualidade, relacionados aos idosos, já melhoraram, mas ainda não são adequados para realizar uma boa atenção. O trabalho com os idosos requer muito amor, compreensão, paciência e atenção, pois compõe um grupo sensível e por vezes desprotegido. Nossa UBS não apresenta as condições físicas e estruturais adequadas, impedindo o acesso de muitos idosos. Além disso, faltam equipamentos para realizar uma melhor avaliação dos idosos e não temos finalizado o cadastramento de nossa área com objetivo de identificar as pessoas que ainda não são conhecidas. Temos que melhorar nosso acolhimento a eles, trabalhar mais a educação em saúde, incorporar toda a população no cuidado dos idosos, reduzir ou eliminar o tabagismo e consumo de álcool, conseguindo hábitos de vida saudável, com atividades físicas. No entanto, para isso, temos que lutar contra preconceitos que ainda existem, onde somente olhamos os idosos como um estado passivo que só ficam dando gastos e cuidado. Somente dessa forma conseguiremos ampliar o cuidado ao resto da sociedade e para isso precisamos dos governantes

para que desenvolvam políticas públicas para melhorar a vida dos idosos, em função da expectativa de vida da população.

Devemos lembrar que a saúde da pessoa idosa é influenciada por muitos fatores sociais, ambientais, econômicos, políticos e que envelhecer com saúde é um direito da população, por isto tem que trabalhar para manter e promover a autonomia da pessoa idosa. Sempre ao atendermos uma pessoa idosa, não podemos tratar com indiferença, já que não sabemos quem somos se ignoramos quem seremos.

Muitos foram os desafios para desenvolvermos a análise situacional, mas vamos mencionar abaixo os de maior relevância: primeiramente realizar busca dos dados solicitados, já que apesar de existir muitos arquivos na unidade de saúde, muitos estavam desatualizados, já que não existia um profissional de forma permanente atendendo nesta unidade. Por isso tivemos que nos ajudar em muitas ocasiões, pois outros membros da equipe de saúde estão há mais tempo trabalhando na unidade, principalmente os agentes comunitários de saúde, que são as pessoas que melhor conhecem a população, mas os dados ainda não refletem uma realidade com a exatidão que se necessita. Outro desafio foi o idioma, já que no início era muito difícil o entendimento e compreensão entre nós e com os usuários. Além disso, estamos em um novo sistema de saúde que até agora era desconhecido por nós. Outro desafio foi melhorar a cobertura de nossa população e para poder conhecer melhor, organizar demanda espontânea, consulta pré-natal, puericultura e demais consultas, Outro grande desafio que temos é garantir as visitas domiciliares, já que nossa zona é muito extensa e de difícil acesso, aspecto que dificulta o atendimento a nossa população. Temos uma pessoa que visitamos somente uma vez, pois só podemos chegar a sua casa com transporte fluvial e, dessa forma, não temos como atendê-la de forma regular.

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

Ao realizar uma comparação do texto inicial e o relatório da análise situacional, podemos dizer que ainda persistem muitos problemas estruturais da UBS, faltando equipamentos e materiais. Tentamos oferecer um atendimento de uma forma que nossa população não sofra muitos com as dificuldades que temos

em nosso trabalho diário, e para isso temos mantido relacionamento constante com nossa população, conhecendo suas dificuldades, prioridades, costumes.

Estamos organizados reforçando nossos direitos e nossas atribuições, aspecto que tem permitido modificar muitos hábitos de vida que podem levar a adequação. Também estamos conhecendo um sistema de saúde muito diferente de nosso país, o que enriquece a vida profissional, conhecendo pessoas que apesar de terem condições de vida muito difíceis, são muitos agradecidas e muito boas do ponto de vista humano e social, muitos já fazem parte desde que iniciamos nosso trabalho nesta unidade de saúde e eu acho que já temos um melhor relacionamento com todos os integrantes da equipe de saúde, o receio e desconfiança existente no início já não existe, coisa que nos tem permitido melhorar a qualidade do trabalho, temos maior visão dos problemas da área de abrangência, conhecemos muito melhor a população e quais são as principais necessidades e prioridades, o que nos facilita uma melhor comunicação com eles além de criarmos vínculos nas atividades de saúde. Criamos vínculos com a maioria dos atores sociais no trabalho da comunidade. Hoje nossa equipe de saúde conhece as principais dificuldades de trabalho coisa que nos têm permitido avaliar, monitorar e controlar os principais indicadores de saúde de nossa população, conquistamos um maior vínculo com as crianças nas escolas, com os professores, com os idosos e tudo isto tem permitido conquistarmos melhorias na vida destas pessoas, melhorar a higiene ambiental, higiene pessoal, trabalhamos para alcançarmos hábitos de vida mais saudáveis, diminuir o consumo de álcool e do tabagismo. Do ponto de vista pessoal nossa equipe tem melhorado as principais atribuições em seu trabalho diário, alcançando melhor engajamento público, acolhimento dos usuários, reconhecendo as principais dificuldades no trabalho diário. No meu ponto de vista pessoal isso tem permitido conhecer e ter uma imagem muito diferente do sistema de trabalho neste país, melhorar o idioma português e conseguir uma melhor comunicação com as pessoas, porém, ainda falta muito para realizarmos, mas, conhecendo a unidade da forma como conhecemos hoje, podemos afirmar que estamos no caminho certo e que com certeza venceremos nossas limitações e dificuldades.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

Nosso foco de intervenção definido foi a saúde do idoso, a partir do caderno de ações programáticas, pois se trata de um aumento considerável desta população no mundo todo, aspecto que nos preocupa, pois apesar de existir políticas de saúde públicas relacionadas com este grupo, ainda não são suficientes para atender todas suas necessidades. Pretendemos destacar também, que as pessoas idosas ainda podem ser sujeitos sociais ativos, utilizando suas experiências para ajudar na construção e embasamento das novas gerações. Consideramos este tema importante para a discussão das atuais e novas políticas de saúde em relação no envelhecimento da população, permitindo que nossos governantes desenvolvam políticas públicas, pois em poucos anos grande parte da população fará parte desse grupo etário, sendo esse foco importante em qualquer contexto da atenção primária à saúde. Serão utilizados os protocolos específicos do ministério da saúde para a pessoa idosa.

Nossa UBS está localizada na zona rural distante 25 km da cidade. A estrutura física de nossa UBS é precária, com sala do médico e enfermagem, sala de espera pequena. Não contamos com outro local que permita realizar outros procedimentos, faltando muitos insumos e equipamento. Temos limitação de material humano, contando apenas com um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma dentista e ajudante (as mesmas ainda não trabalham em nossa equipe de saúde já que não tem local para fazer os atendimentos) e 08 agentes comunitários de saúde. Temos uma população localizada na zona rural com um total de 2815 pessoas, distribuída em 17 bairros de difícil acesso, distantes uns dos outros, o que nos dificulta uma melhor atenção à saúde. As maiorias das pessoas apresentam condições de vida precárias, baixa escolaridade, tendo um grande número de mulheres e pessoas idosas, sendo que muitas delas moram sozinhas, necessitando de um cuidado especial.

Segundo estimativas do caderno de ações programáticas, nossa população da área descrita deveria estar composta em sua totalidade por 300 pessoas idosas, mas em nosso cadastro temos somente 193 pessoas, o que nos representa 64% de cobertura. Destas, apenas 122 pessoas são atendidas em nossa UBS. Os atendimentos às pessoas idosas são realizados por toda equipe de saúde e consideramos que elas recebem uma boa atenção no serviço de saúde, mas ainda este serviço não abrange tudo o que elas necessitam e sabemos que é preciso melhorar a educação em saúde, assim como aspectos estruturais, entre outros. Temos chegado a lugares onde não sabíamos que existiam pessoas idosas, mas estamos conseguindo aproximar os familiares dos cuidados a serem realizados, procurando sensibilizar a comunidade para que reconheçam que estas pessoas ainda são importantes para a sociedade.

Nossa equipe de saúde considera muito importante um estudo que permita conhecer a realidade das pessoas idosas em nossa área de atendimento, nos permitindo identificar a quantidade real de pessoas idosas e assim melhorar o serviço de saúde, identificando suas necessidades e prioridades, procurando fortalecer as políticas de saúde. As principais dificuldades que temos são as condições estruturais de nossa unidade de saúde, a situação geográfica de muitas comunidades, à distância a percorrer entre bairros e também a falta de alguns profissionais em nossa equipe de saúde. Com a intervenção acreditamos que iremos melhorar a atenção à saúde das pessoas idosas, sensibilizando a população no cuidado destas pessoas, promovendo a humanização e o acolhimento destas. Espera-se que com a intervenção possamos ampliar a cobertura de atenção ao idoso, melhorar a qualidade da atenção, melhorar a adesão, o registro das informações, possibilitando mapear os idosos de risco e promover a saúde dos idosos.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde dos idosos na Unidade de Saúde Grajaú, no município de São João do Piauí, PI.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

Metas:

Relativas ao objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.1 Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Relativas ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações

4.1 Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

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

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

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

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

5.3 Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

Relativas ao objetivo 6: Promover a saúde dos idosos.

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

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

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 Dezesesseis semanas na UBS de São João do Piauí, localizada no município de São João do Piauí/PI. Participarão da pesquisa todas as pessoas idosas da área de abrangência e cadastradas no programa da Unidade. Utilizaremos o protocolo do Ministério da Saúde envelhecimento e saúde da pessoa idosa e atenção e saúde da pessoa idosa do ano 2010.

2.3.1 Detalhamento das ações

As ações desenvolvidas durante a intervenção serão relacionadas com cada um dos eixos programáticos do curso. Com esse expediente espera-se abranger todos os aspectos relevantes para realização da intervenção de modo a contemplar todas as metas e indicadores.

No eixo monitoramento e avaliação iremos monitorar o número de idosos cadastrados no Programa de Atenção à saúde do idoso na unidade de saúde mensalmente: este monitoramento será realizado mensalmente pelo médico e enfermeira utilizando registros específicos, os quais irão compor um relatório com os resultados obtidos para serem analisados em reunião sistemática realizada pela equipe. Na organização e gestão do serviço vamos melhorar o acolhimento e garantir o registro de todos os idosos cadastrados no programa. O acolhimento será realizado na sala de espera da UBS, onde iremos oferecer as informações gerais sobre o atendimento, fazendo o cadastro dos idosos por meio de um registro específico, já programando a próxima consulta segundo o protocolo e quem ficará à frente destas atividades serão os ACS e enfermeira.

No eixo de engajamento público serão realizadas ações junto à comunidade destacando a importância do programa para a melhora da saúde e qualidade de vida dos idosos, ressaltando a comunidade sobre o projeto de intervenção na Atenção ao idoso da unidade de saúde. As informações serão disponibilizadas durante reuniões com grupos de gestantes, hipertensos e diabéticos, grupos religiosos e

associações comunitárias ou em qualquer espaço que permita uma conversa com pessoas da comunidade. Estas ações serão de responsabilidade dos ACS, médico, enfermeira, tendo como convidados voluntários da comunidade para otimizar o engajamento com os demais. No eixo de qualificação da prática clínica pretendemos capacitar os ACS para o cadastramento dos idosos e esta será realizada antes do início da intervenção, mas reforçada uma vez por semana. Esta capacitação será realizada pela enfermeira utilizando materiais didáticos e os protocolos oficiais para balizar o entendimento e importância sobre o cadastramento de todos os idosos.

Quanto ao objetivo de melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde pretendemos atingir várias metas qualitativas como realizar avaliação multidimensional rápida de 100% de idosos da área de abrangência, realizar exame físico apropriado em 100% das consultas e realizar a solicitação de exames complementares em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos, além de priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular, cadastrar 100% dos idosos acamados e realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados, rastrear 100% dos idosos para HAS e com PA maior que 135/850 ou com HAS para Diabetes Melitus, e realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico e primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Para termos êxito em nosso planejamento, foram propostas ações no eixo de monitoramento e avaliação como monitorar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida semestralmente em todos os idosos acompanhados pela unidade de saúde, realizando exame físico adequado, monitorando o número de idosos com exames laboratoriais realizados de acordo com o protocolo, além de monitorar o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção e a realização de visita domiciliar. Também iremos monitorar o número de idosos com rastreamento para HAS e DM anualmente, e monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico, avaliando o número de idosos cadastrados com acompanhamento odontológico. Este monitoramento será realizado pelo médico e enfermeira quinzenalmente e para isso será utilizado os registros específicos dos idosos avaliando os objetivos, metas, indicadores e ações realizadas.

Dentro do eixo organização e gestão, definimos ações para garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional dos idosos e para a realização de exame clínico adequado, definindo as atribuições de cada profissional da equipe para esta avaliação e também para o exame físico, garantindo

a solicitação dos exames complementares e solicitando agilidade junto ao gestor para a realização dos mesmos. Iremos manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade, garantindo o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção e organizando a agenda para realizar visitas domiciliares e melhorar o acolhimento para idosos portadores de HAS e DM. Toda a equipe é responsável pelos equipamentos necessários e por deixá-los (balança, antropômetro, fita métrica, esfigmomanômetro) bem calibrados e adequados para as avaliações e o atendimento de hipertensos e diabéticos. O médico e enfermeira irão realizar a Avaliação Multidimensional Rápida, exame físico e a solicitação de exames complementares, acordando agilidade dos mesmos com os gestores. E com a ajuda de parceiros da comunidade, os ACS são responsáveis de cadastrar os idosos acamados em livro de registros para acamados e a equipe organiza os agendamentos para realizar as visitas domiciliares.

Para alcançar o engajamento público destas metas será necessário orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno, sobre os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas, sobre a importância da medição da pressão arterial após os 60 anos de idade, importância do rastreamento para DM, importância de realização de exames complementares e avaliação da saúde bucal dos idosos, orientar os usuários e a comunidade sobre os direitos a ter acesso aos medicamentos da Farmácia popular/Hiperdia, orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção. Estas orientações podem ser esclarecidas em reuniões de grupo realizadas em associações comunitárias, grupos organizados, durante a realização das atividades semanais do grupo de idosos, na sala de espera da UBS, com a participação de toda equipe de saúde.

É primordial na qualificação clínica capacitar a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos, para o encaminhamento adequado dos casos que necessitem avaliações mais complexas, para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas e para seguir o protocolo para solicitação de exames complementares, bem como capacitar os ACS para o cadastramento dos idosos acamados e acompanhamento domiciliar, além de treinar a equipe para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, para realização de hemoglicoteste e avaliação da necessidade de tratamento odontológico. Nas

capacitações será utilizado o instrumento recomendado no Caderno de Envelhecimento e saúde da pessoa idosa para o diagnóstico, além dos protocolos e manuais do Ministério da Saúde, com atualizações no tratamento de HAS e DM, realizando demonstrações práticas, sendo responsáveis por estas atividades o médico e enfermeira.

A fim de melhorar a adesão dos idosos ao Programa temos a meta de buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas, para o qual vamos monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas pela unidade de saúde: Serão avaliados pelos ACS mensalmente utilizando os registros específicos. Para isso planejamos organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos e organizar a agenda para acolher os faltosos. As visitas serão realizadas pelos ACS e voluntários da comunidade organizando a agenda para os idosos faltosos sem afetar outros serviços da unidade, sendo responsáveis a enfermeira e os ACS. Para conseguir o engajamento pretendemos informar a comunidade sobre a importância das consultas e periodicidade das mesmas: As informações serão divulgadas pelos ACS em atividades de grupos, desenvolvendo ações como treinar os ACS para orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade e definir com a equipe a periodicidade das consultas. A capacitação dos ACS sobre a realização das consultas será responsabilidade da enfermeira na UBS, mas será definido em conjunto com toda a equipe a periodicidade das mesmas.

Para melhorar o registro das informações nossa equipe tem traçado as metas de manter registro específico de 100% das pessoas idosas e distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados. Para o qual é necessário monitorar a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde e monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, monitoramento que será realizado mensalmente por enfermeira e médico avaliando a qualidade de todos os dados preenchidos e fazendo um relatório das dificuldades encontradas para ser analisadas junto a equipe de saúde.

Para a organização e gestão serão realizadas ações como manter as informações do SIAB atualizadas, implantar planilha/registro específico de acompanhamento de atendimento aos idosos, definir responsável pelo monitoramento dos registros solicitar ao coordenador municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde. O registro será utilizado em cada consulta com o preenchimento adequado de todas as informações e dados requeridos, incluindo a

Caderneta de Saúde, é será responsável pelo monitoramento dos registros e manter atualizadas as informações do SIAB, enfermeira e médico.

Os usuários serão informados sobre os direitos dos registros de saúde e sobre a importância de portar a caderneta em todos os níveis de atenção e nas atividades de grupo, orientações que podem ser oferecidas como em outras ações por meio de atividades em associações comunitárias, durante a realização das atividades semanais do grupo de idosos, em consultas e visitas domiciliares, sendo responsáveis, os ACS, enfermeira e médico. A equipe será treinada no preenchimento de todos os registros necessários e para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa: O treinamento será realizado mensalmente pelo médico e enfermeira, utilizando como modelo amostra dos registros e a caderneta.

Na avaliação de risco planejamos rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidades, investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas e avaliar a rede social de 100% dos idosos. Para alcançá-las devemos monitorar todos os idosos, principalmente os com maior risco de morbimortalidades identificados na área de abrangência e o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice. Este aspecto será avaliado pela enfermeira mensalmente por meio dos registros específicos. No eixo de organização e gestão a ação vai ser encaminhada a priorizar o atendimento a idosos de maior risco de morbimortalidades e fragilizados na velhice, para o qual a equipe de saúde organizará a agenda de atendimento priorizando as consultas destes idosos com uma maior frequência, sendo responsáveis os ACS e enfermeira.

Para conseguirmos o engajamento realizaremos ações como orientar os idosos sobre seu nível de risco e sobre a importância de acompanhamento mais frequente. Quando apresentar alto risco, orientaremos os idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente e para isso serão oferecidas consultas, visitas domiciliares, atividades de grupo, sendo responsáveis, os ACS, médico e enfermeira. No eixo da qualificação da prática clínica iremos capacitar os profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidades da pessoa idosa e dos indicadores da fragilização na velhice. Os encontros serão realizados mensalmente na UBS, tendo como responsáveis, o médico e enfermeira.

Para contemplar o último objetivo do projeto, iremos promover a saúde dos idosos, e buscaremos atingir as metas que são garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e para a prática regular de atividade física a 100% dos idosos e garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

No eixo de monitoramento precisamos monitorar a realização de orientação para hábitos alimentares saudáveis e orientação de atividade física regular para todos os idosos e monitorar o número de idosos com obesidade/desnutrição. Estas ações serão realizadas mensalmente pelo médico e enfermeira, levando em conta os registros preenchidos nas fichas de atendimento. Para isso iremos definir o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e para a prática regular de atividade física, assim todos os membros da equipe serão responsáveis na busca de materiais para auxiliar as orientações, pesquisando e elaborando materiais como folders e cartazes sobre alimentação saudável e benefícios da prática regular de atividade física para a saúde do idoso. Estes materiais serão fixados na sala de espera da unidade, na secretaria de saúde e procuraremos realizar reuniões com a equipe do NASF para buscar estratégias de atividades sobre cuidados alimentares e atividade física.

No engajamento serão desenvolvidas ações encaminhadas a orientar os idosos, os cuidadores e a comunidade sobre os benefícios de hábitos alimentares saudáveis, orientar os idosos e a comunidade para a realização de atividade física regular e orientar os idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias, sendo também responsabilidade de toda a equipe de saúde em conjunto com a equipe do NASF, por meio de atividades de grupos, consultas, visitas domiciliares, entre outras. Por último, no eixo de qualificação da prática clínica planejamos capacitar a equipe para a promoção de hábitos alimentares saudáveis e para a orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos. Também pretendemos capacitar a equipe para orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular e para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias. A capacitação será realizada mensalmente na unidade de saúde, sendo responsáveis, médico e enfermeira. Nesta capacitação iremos compartilhar conhecimentos necessários para toda a equipe, utilizando os cadernos de atenção básica e se possível queremos contar com a ajuda de uma nutricionista.

2.3.2 Indicadores

Meta: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso

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

Indicador: 1.1 Coberturas do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa.

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

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

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.

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

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

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.

Numerador: Número de idosos com exame clínico apropriado em dia

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

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

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.

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

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

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

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

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

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.

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

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.

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).

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.

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

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.

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

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.

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

3.1 Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas

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

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas.

Relativas ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

4.1 Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.3 Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.

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

Relativas ao objetivo 6: Promover a saúde dos idosos.

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

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

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

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

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

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

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

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

A intervenção nossa equipe de saúde baseada na saúde das pessoas idosas, com o objetivo de conhecer a quantidade exata que temos desta pessoa em nossa área de abrangência para poder ajudar a melhorar os atendimentos, condições de vida e verificar quais são suas necessidades e prioridades.

Para realizar a intervenção de saúde da pessoa idosa vamos adotar o manual do ministério de saúde pública: Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento, do ano 2010. Utilizaremos a ficha dos idosos e a ficha espelho disponível na unidade de saúde do município. Para podermos coletar todos os indicadores necessários utilizaremos uma ficha que permita coletar todas as informações que sejam necessárias e poder monitorar e avaliar estas informações. Queremos com nossa intervenção poder cadastrar a totalidade das pessoas idosas de nossa área de abrangência, faremos contato com o gestor municipal de saúde para que nos forneça a ajuda necessária para podermos realizar o trabalho. Para conseguirmos acompanhar as intervenções vamos disponibilizar uma planilha eletrônica de coleta de dados.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira e técnica de enfermagem revisaram o arquivo de registro identificando todas as pessoas idosas que realizam a consulta ou que foram visitadas pela equipe de saúde no domicílio, nos últimos quatro meses. A enfermeira localizou as fichas clínica dos usuários e transcreveu as informações para a ficha espelho disponíveis, onde realizou um primeiro monitoramento de consultas atrasada, necessidade de exames complementares, consulta odontológica em atraso e demais dados.

Vamos monitorar a capacitação dos demais integrantes da equipe de saúde de acordo com as necessidades e protocolo de atenção a pessoas idosas, também definiremos as atribuições e responsabilidades de cada integrante de nossa equipe de saúde para realizarmos um atendimento de qualidade para estas pessoas.

Começaremos na intervenção de capacitação baseado no protocolo de atendimento da pessoa idosa, para que toda a equipe utilize esta referência na atenção do idoso. Realizaremos a capacitação na reunião que fazemos em nossa UBS, para isto dedicaremos duas horas na reunião da equipe, cada integrante da equipe realizará estudos do tema e apontará de forma verbal às experiências aos demais integrantes da equipe.

O acolhimento das pessoas idosas serão realizados pela enfermeira e técnica de enfermagem. Aquelas pessoas idosas que comparecem na consulta por qualquer problema de saúde serão atendidas no mesmo turno sem demora no atendimento. Os idosos que comparecem na consulta médica, vão sair da mesma com a próxima consulta agendada e quem precisar de exames complementares, atendimento odontológico e atendimento especializado, será encaminhado na hora.

Contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática de saúde da pessoa idosa, solicitando apoio para o cadastramento dos idosos e para as demais estratégias que serão implementadas.	X			X			X			X		
Atendimento clínico dos idosos.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Grupo de idosos.	X		X									
Capacitação dos ACS para realização de busca ativa dos idosos faltosos.	X											
Busca ativa dos idosos faltosos à consulta.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Monitoramento da intervenção.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		

*Monitoramento mensal dos indicadores será realizado na última semana de cada mês.

3 Relatório da Intervenção

Nossa intervenção foi realizada com a organização dos serviços que prestamos na Unidade de saúde, a qualificação da prática clínica, com o melhoramento das avaliações e o monitoramento de todas as ações de saúde, com a participação de toda equipe de saúde e a sociedade, realizando ações de participação social, institucional e também desenvolvendo atividades de prevenção e promoção de saúde de toda nossa comunidade.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Todas as ações foram desenvolvidas com a participação de toda a equipe de saúde, o que permitiu cumprir a maioria de nossos objetivos e metas, mas enfrentamos muitas dificuldades no desenrolar do trabalho. Também contamos com ajuda de muitas pessoas que colaboram e amigos como o motorista da prefeitura, locutores da rádio municipal, familiares das pessoas idosas e líderes comunitários. Entretanto, maior parte de nosso trabalho foi realizado com ajuda da equipe de saúde, os agentes comunitários que localizaram a maior parte dos usuários, a enfermeira que ajudou de maneira muito importante na organização das consultas, a técnica enfermagem que também participou de forma ativa na intervenção, a dentista e sua ajudante, que participaram de forma interessada. Fizemos um verdadeiro trabalho em equipe e por isso conseguimos os resultados obtidos.

Mas para realizarmos este trabalho tivemos que fazer muitas atividades, reuniões de equipe de forma semanal, onde realizamos capacitação dos integrantes para melhorar os atendimentos dos idosos, mas sem deixar de oferecer atendimento aos demais usuários, sempre priorizando o grupo etário a estudar. Nestas reuniões também ressaltamos a necessidade de cadastrar a maior quantidade de idosos possível, melhorar o acolhimento deles, realizar exames físicos completos, visitas domiciliares dos que não podiam comparecer a consulta médica por motivos diversos, realizar busca ativa dos faltosos às consultas, realizar verificação da tensão arterial sempre que o idoso compareceram a consulta médica, solicitamos exames complementares necessários, orientar sobre as necessidades, onde podem realizar os exames. Orientamos toda equipe a escutar e orientar os usuários e as

principais dificuldades encontradas foi de fato a realidade de agentes comunitários morarem no interior e nem sempre conseguirem assistir as reuniões. Por outro lado, como moravam na comunidade, já conviviam com a maioria os idosos que moravam na mesma comunidade. Nosso trabalho contou com ajuda da nutricionista que levou palestras de alimentação saudável para as pessoas idosas e também familiares deles. A dentista também participou das visitas, ajudando no exame físico dos idosos, na capacitação da equipe de saúde e neste sentido priorizando muitos dos atendimentos odontológicos de nossos idosos.

Muito trabalho teve que acontecer para que os nossos usuários e familiares ficassem sabendo da importância de comparecerem nas consultas médicas programadas e não somente quando acontecia uma doença repentina. Além disso, enfatizamos do uso correto dos medicamentos.

Dos medicamentos usados por eles, a maioria é oferecida em nossas unidades de saúde e aqueles que ainda não temos, podem ser adquiridos na farmácia popular. Mas temos a dificuldade que muitos dos idosos não têm como chegar até as farmácias, o que dificulta a aquisição do remédio e os usuários acabam comprando, pois para adquirir devem ir pessoalmente buscar, o que achamos que deveria melhorar.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Muitos foram os imprevistos que encontramos no desenvolvimento da intervenção, mas a maioria foi vencido. No princípio da intervenção não contávamos com dentistas na equipe de saúde, mas depois de incorporado foi de muita ajuda. Havia muitas pessoas idosas que não tinham cadastro e ficha de atendimento na unidade de saúde, já que antigamente somente havia médico uma ou duas vezes no mês e poucos deles compareciam na unidade de saúde. A distância entre a maioria de nossas comunidades, também é um fator que impede realizarmos um atendimento de forma mais continua em nossa área. Uma coisa que afetou muito nosso trabalho foi a impossibilidade dos idosos de realizarmos exames indicados, pela distância do laboratório e também pela demora na entrega dos resultados. Muitos deles ainda não voltaram para consultar e acredito que muitos ainda não conseguiram realizar os exames pedidos, um problema que não somente

afeta os idosos de nossa área, mas a maioria da população de nossa área de abrangência e também do município. Para os usuários que precisaram realizar os exames em suas casas por motivos diversos, contamos com ajuda da técnica do laboratório que realizava a extração no próprio domicílio, pois muitos deles apresentam doenças que impossibilitam a locomoção. Porém, não são todos nossos usuários que podem realizar os exames, muito triste, mas ocorre com frequência e não depende de nosso trabalho, mas sim das políticas de saúde pública.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Apesar de que não apresentamos muitas dificuldades na coleta de dados já que contamos com a maioria dos prontuários e demais instrumentos para realizarmos nosso trabalho, muitas vezes encontrávamos usuários que moraram sozinhos e com baixo nível escolar e de analfabetismo, o que dificultava preencher alguns dados. Uma dificuldade continua foi a internet, que muitas vezes impossibilitava o envio das informações.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Houve melhoria no acolhimento dos usuários idosos na unidade de saúde, coisa que antigamente não ocorria com estas pessoas. Sensibilizamos toda equipe de saúde para melhorar os atendimentos e a qualidade de vida destes idosos. Nos grupos de idoso, conseguimos trocar experiências entre eles e conseguimos que muitos voltassem a ter uma vida social ativa, conseguimos também mobilizar e incorporar os familiares e demais integrante das comunidades nos cuidados destas pessoas, melhorar a qualidade de vida dos participantes do grupo, e também conseguimos uma mudança na vida da maioria dos usuários que precisavam dos nossos serviços de saúde.

Todo o trabalho foi realizado com a participação de toda a equipe de saúde, dos familiares, dos idosos, da participação social e também pela ajuda dos gestores municipais, mas ainda temos muito trabalho a fazer, tanto em nossa área de atendimento como nas demais áreas de saúde do nosso município, já que as

peças idosas necessitam de muita ajuda de toda a sociedade e devemos continuar divulgando o trabalho para conseguirmos conscientizar toda a população e também os governantes para que criem políticas públicas que possam melhorar a qualidade de vida dos idosos.

Foram resultados muito bons e já temos inseridos os resultados na rotina diária de trabalho, fico muito feliz já que conseguimos realizar um trabalho em equipe com a participação de todos os integrantes e conseguimos realizar trocas com todos os integrantes da sociedade onde realizamos nosso trabalho, acho que nossa equipe de saúde agora fica com mais conhecimento e muito mais organizada e comprometida com sua população.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Nossa intervenção teve como foco a saúde da pessoa idosa, que foram acompanhadas ao longo de 12 semanas. Como não tínhamos exatidão dos números em nossa área de abrangência, decidimos trabalhar com os números estimados pela planilha de coleta de dados. A estimativa de idosos é de 282, ou seja, 10% de um total de 2815 pessoas no território.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do idoso

Meta 1.1: Ampliar a cobertura a saúde do idoso da área da unidade de saúde para 100%.

Indicador: cobertura do programa de atenção a saúde dos idosos nas unidades de saúde.

Durante a intervenção cadastramos 271 idosos, sendo 97 no primeiro mês (34,4%), 289 (67%) no segundo mês e no terceiro mês concluímos a intervenção com um total de 271 idosos acompanhados (96,1%). A meta não foi cumprida porque a intervenção estava programada para 16 semanas, mas foi diminuída para 12 semanas e também por ser nossa área muito extensa e de difícil acesso.

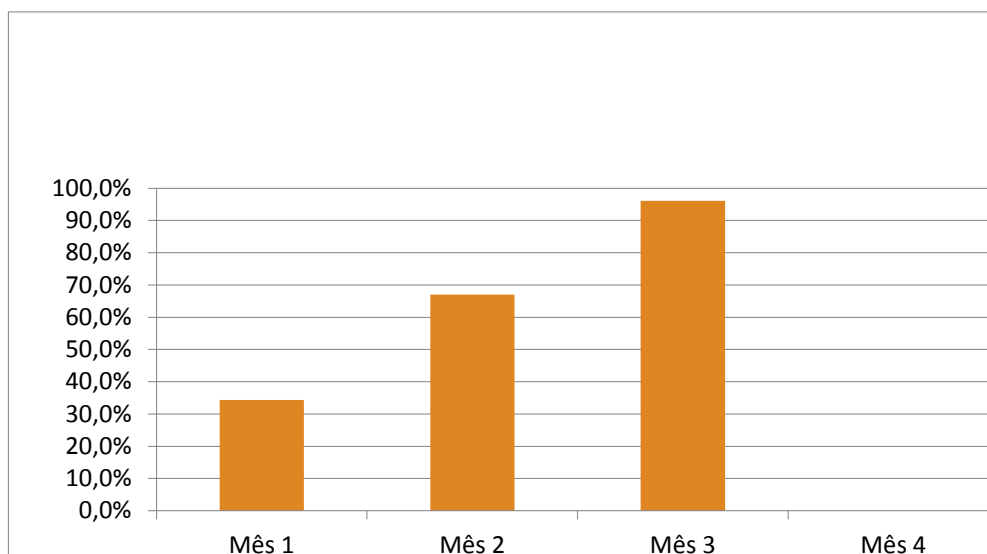


Figura 1: Gráfico da Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde. Fonte: Planilha de coleta de dados da UFPel, 2015.

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

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

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

A avaliação multidimensional rápida foi realizada em boa parte dos idosos cadastrados no programa, com a avaliação de 88 no primeiro mês (90,7%), 180 no segundo (95,2%) e 262 ao final do terceiro mês (96,7%). Não conseguimos atingir a meta proposta porque ainda muitos idosos não realizaram e outros não receberam os exames complementares solicitados, o que dificulta realizar uma avaliação multidimensional rápida.

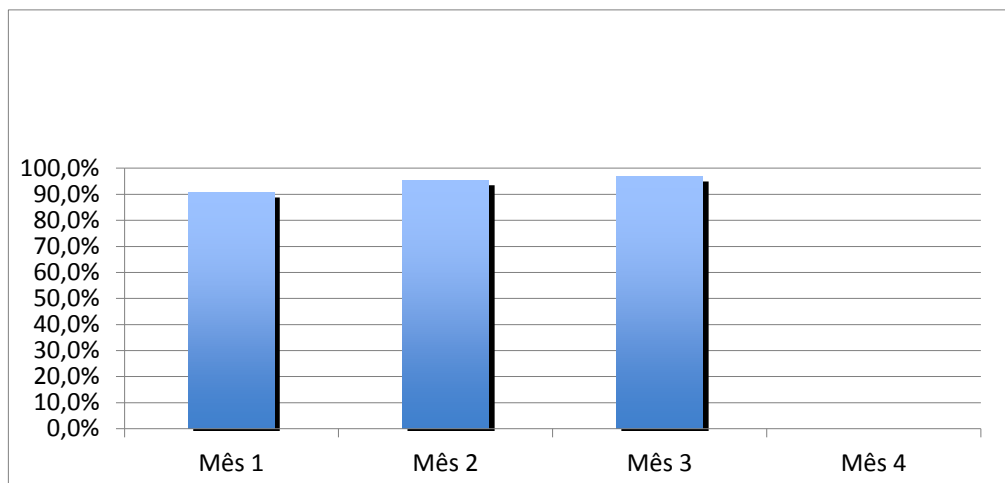


Figura 2: gráfico da proporção de idosos com avaliação multidimensional rápida em dia. Fonte: Planilha de coleta de dados da UFPel, 2015.

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

Indicador: proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia.

Ao longo da intervenção foi realizado o exame clínico apropriado a quase todos os idosos cadastrados, 81 no mês 1 (89,7%), 159 no mês 2 e 260 no mês 3 (96,7%). Muitos idosos não retornaram a consulta programada e muitos deles ainda não realizarem os exames solicitados, o que nos impede de terminar o exame integral.

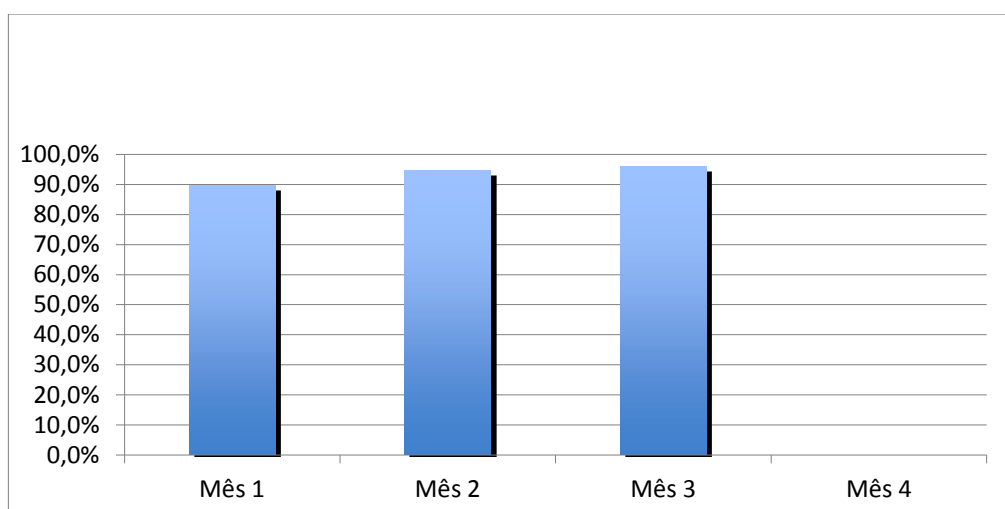


Figura 3 – proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia.

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

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

Nossa meta era realizar a solicitação de exames complementares periódicos a 100% dos idosos hipertensos ou diabéticos. Conseguimos solicitar os exames a 194 usuários que representa 96,5%, sendo no mês 1, 65 (92,9%) no mês 2, 138 (95,2%) e no mês 3, 194 usuários (96,5%). Não foi possível atingir a totalidade dos usuários porque muitos moram longe.

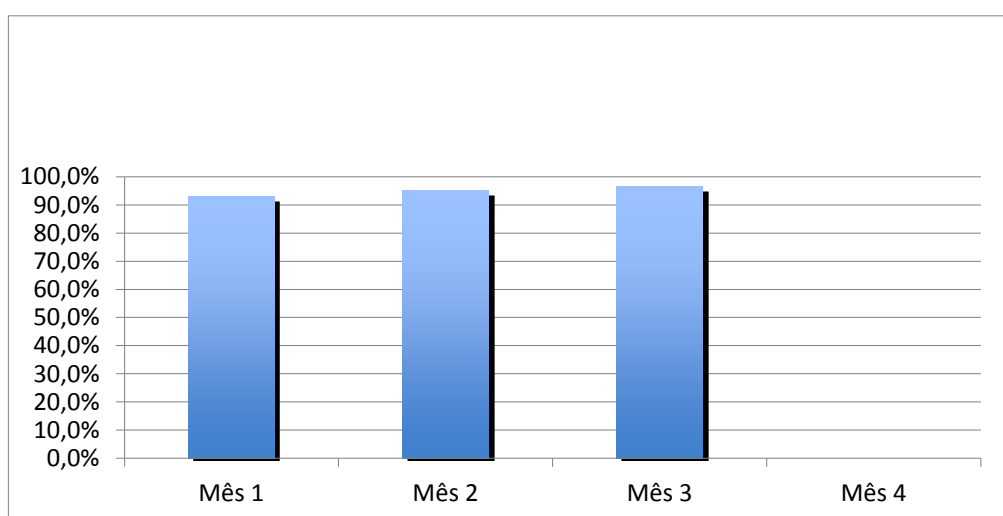


Figura 4: Gráfico da proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares em dia. Fonte: Planilha de coleta de dados da UFPel, 2015.

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

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

Queríamos priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular a 100% dos idosos e conseguimos chegar a 250 usuários, que representa 92,3% dos idosos. No mês 1 foram 87 idosos (89,7%), no mês 2 171 (90,5%) e no mês 3 foram 250 (92,3%), mas não conseguimos atingir a totalidade de nossos usuários, já que alguns dos medicamentos usados ainda não são oferecidos nas farmácias populares e também pelas políticas das farmácias que muitas vezes não permitem que familiares busquem o medicamento. Não conseguimos atingir a totalidade de nossos

usuários, já que alguns dos medicamentos usados ainda não são oferecidos nas farmácias populares e também pelas políticas das farmácias que muitas vezes não permitem que familiares busquem o medicamento.

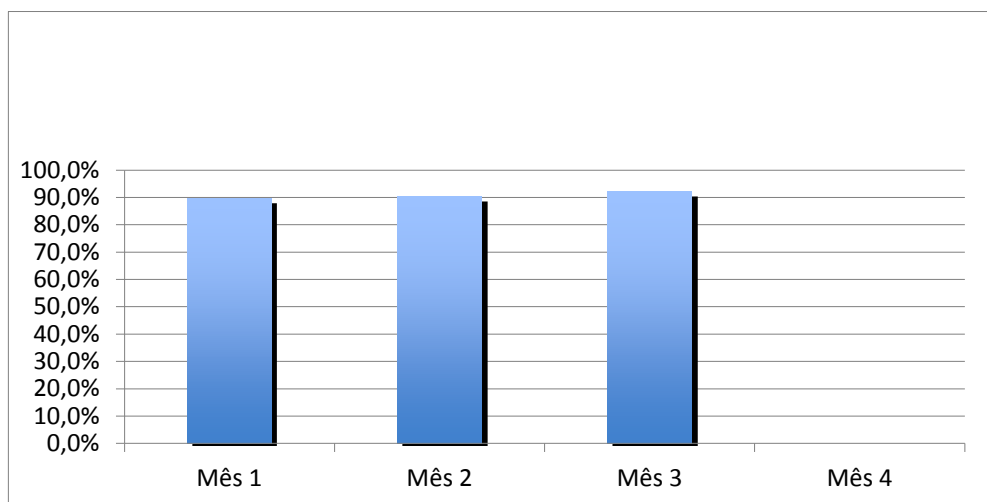


Figura 5: Gráfico da proporção de idosos com prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada. Fonte: Planilha de coleta de dados da UFPel, 2015.

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

Indicador: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados

Neste indicador conseguimos cadastrar a totalidade deles, cumprindo a meta estabelecida. No mês 1 foram 12 idosos (52,2%), no mês 2, 19 (82,6%) e no mês 3 foram 23 idosos (100%). Estes resultados só foram possíveis pela dedicação e apoio de toda nossa equipe de saúde e com ajuda também da secretaria de saúde.

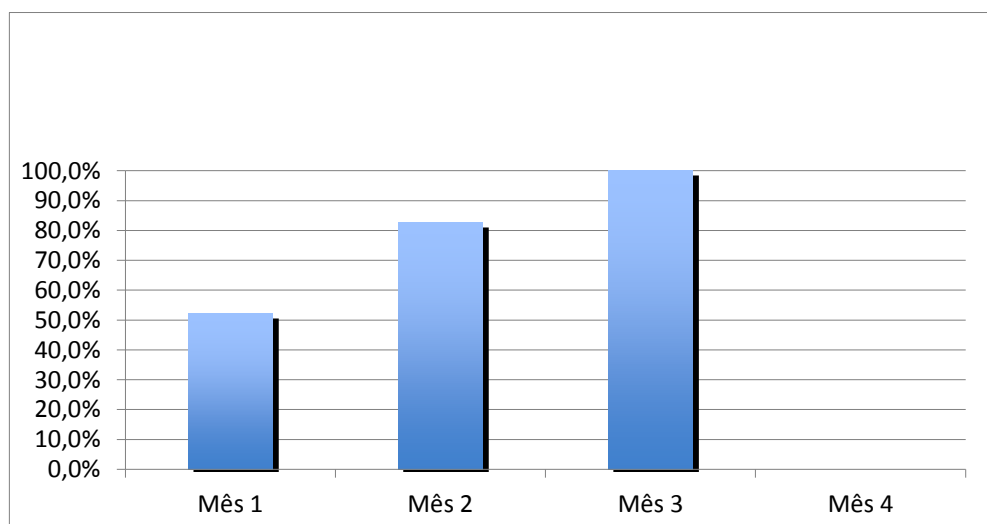


Figura 6: Gráfico da proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados. Fonte: Planilha de coleta de dados da UFPel, 2015.

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

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

Neste indicador conseguimos atingir a meta de 100% nos três meses da intervenção. No mês 1 visitamos 12 usuários (100%), no mês 2 19 (100%) e no mês 3 visitamos 23 (100% do total). Desta forma, conseguimos identificar problemas de saúde e oferecemos todo o atendimento que precisavam.

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

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

Neste indicador conseguimos atingir a meta de 100% nos três meses da intervenção. No mês 1 rastreamos 97 usuários (100%), no mês 2 189 (100%) e no mês 3 rastreamos 271 idosos para a HAS (100%).

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).

Indicador: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes

Neste indicador conseguimos atingir a meta de 100% nos três meses da intervenção. No mês 1 rastreamos 63 usuários (100%), no mês 2 130 (100%) e no mês 3 rastreamos 174 um trabalho que só foi possível devido a nossa estratégia de priorizar nossos atendimento dos idosos e ficar sempre atento nos atendimentos deste grupo etário.

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

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

Nossa meta era realizar avaliação das necessidades de atendimento odontológico em 100% das pessoas idosas. no mês 1 avaliamos 95 idosos (97,9%), no mês 2 avaliamos 187 (98,9) e no mês 3 avaliamos 269 idosos representando 99,3% do total. Não conseguimos a totalidade dos idosos porque ao início de nossa intervenção não contávamos com a participação da dentista.

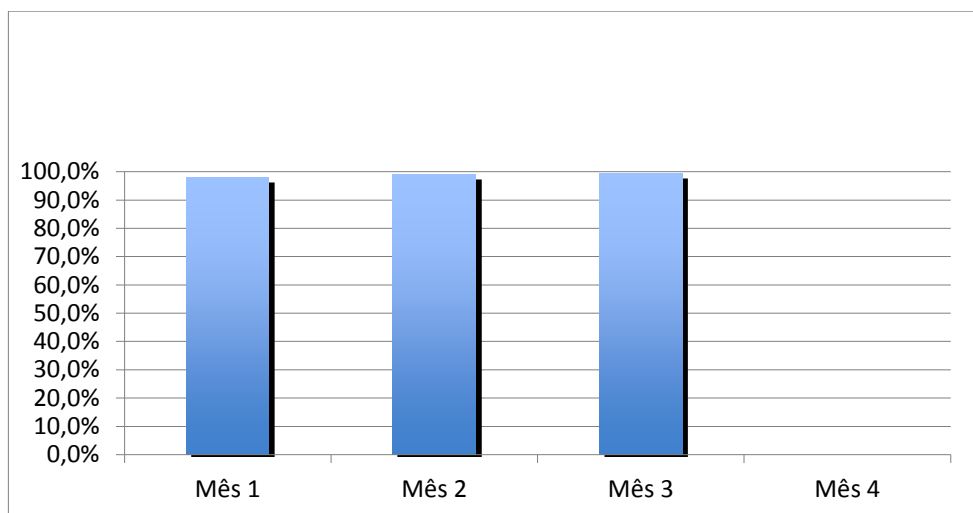


Figura 7: Gráfico da proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Fonte: Planilha de coleta de dados da UFPel, 2015.

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

Indicador: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

A meta deste objetivo era realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos. Neste indicador conseguimos atingir a meta de 100% nos três meses da intervenção. No mês 1 realizamos a consulta a 97 idosos (100%), no mês 2 189 (100%) e no mês 3 realizamos consultas odontológicas a 271 idosos (100%).

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 idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa.

No mês 1 foram buscados 22 idosos faltosos (95,7%), no mês 2 44 (100%) e no mês 3 terminamos com 69, representando o 100% dos faltosos.

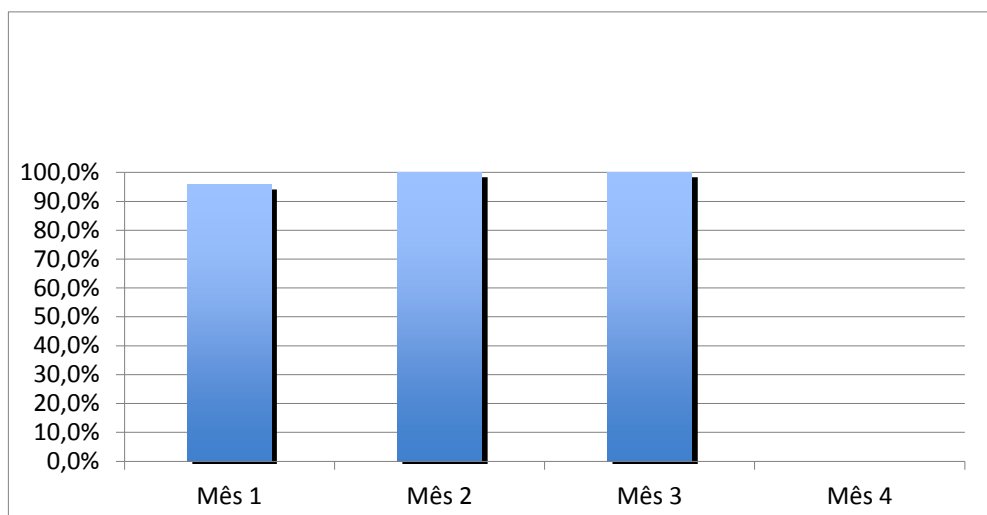


Figura 8: Gráfico da proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa. Fonte: Planilha de coleta de dados da UFPel, 2015.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Meta 4.1: Manter registro de 100% das pessoas idosas

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

Relacionado com a meta de manter registro específico de 100% das pessoas idosas podemos destacar que 253 dos idosos tiveram a ficha espelho com os registros em dia o que representa 93,4% dos idosos cadastrados. No mês 1 foram 83 registros (85,6%), no mês 2 171 (90,5%) e no mês 3 terminamos com 253, representando 93,4% dos registros das pessoas idosas. Não conseguimos manter os registros dos idosos porque alguns dados deles estão faltando ou não estão registrados nos prontuário e também porque muitos idosos moram sozinhos, o que impede obter todos os dados para preencher os registros.

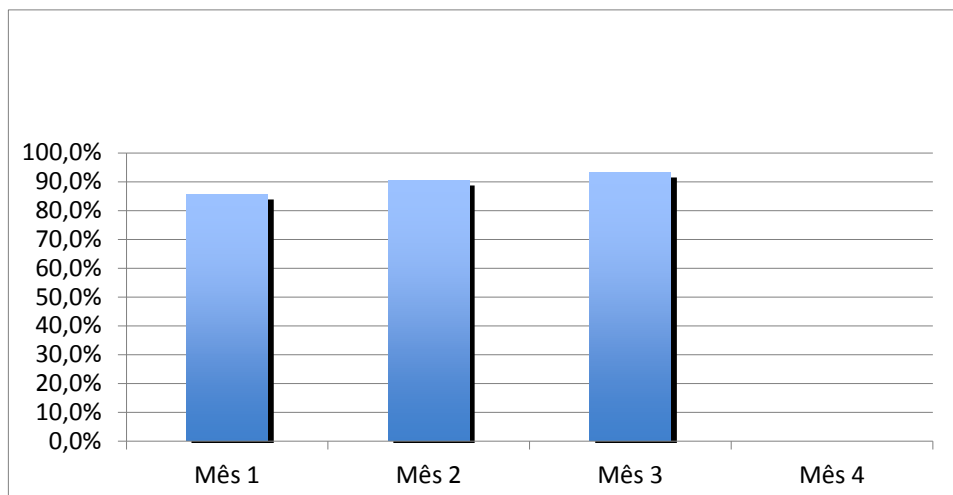


Figura 9: Gráfico da proporção de idosos com registro na ficha espelha em dia. Fonte: Planilha de coleta de dados da UFPel, 2015.

Meta 4.2: Distribuir a caderneta de saúde da pessoa idosa a 100% dos idosos cadastrado.

Indicador: Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Como podemos observar na figura número 10, distribuímos uma grande quantidade de caderneta de saúde para os idosos, mas não conseguimos alcançar a meta estipulada, chegando a 93% do total de idosos. No mês 1 distribuímos 78 cadernetas (80,4%), no mês 2 170 (89,9%) e no mês 3 252 (93,0%) do total, devido ao fato que quando iniciamos nosso trabalho o município e secretaria de saúde não tinham número suficiente de cadernetas de saúde, o que impediu o alcance de nossa meta.

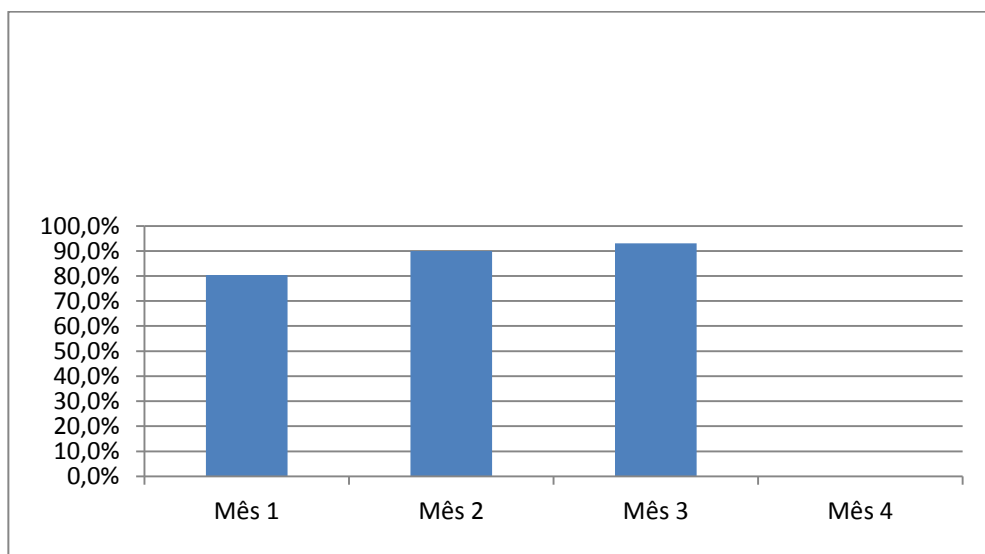


Figura 10: Gráfico da proporção de idosos com caderneta de saúde da pessoa idosa. Fonte: Planilha de coleta de dados da UFPel, 2015.

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

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

Indicador: Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidades em dia

Ao revisar o gráfico podemos observar que conseguimos avaliar uma alta quantidade de pessoas idosas para riscos de morbimortalidades, mas que não conseguimos chegar à meta de 100% dele. No mês 1 avaliamos 88 idosos (90,7%), no mês 2 174 (94,2%) e no mês 3 avaliamos 260 idosos representando 95,9% do total. Pensamos que isto deve se a falta de dados importantes em suas fichas espelho e caderneta de saúde que impossibilitaram nossa equipe de saúde conseguir uma visão mais detalhada e fidedigna.

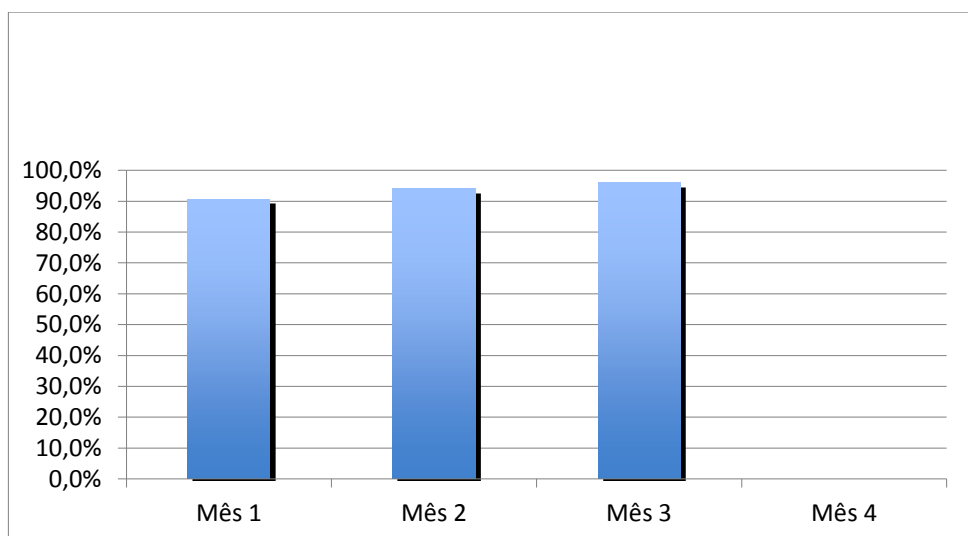


Figura 11: Gráfico da proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidades em dia. Fonte: Planilha de coleta de dados da UFPel, 2015.

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

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

No mês 1 investigamos 94 idosos (96,9%), no mês 2 186 (98,4%) e no mês 3 avaliamos 268 idosos representando 98,9% do total.

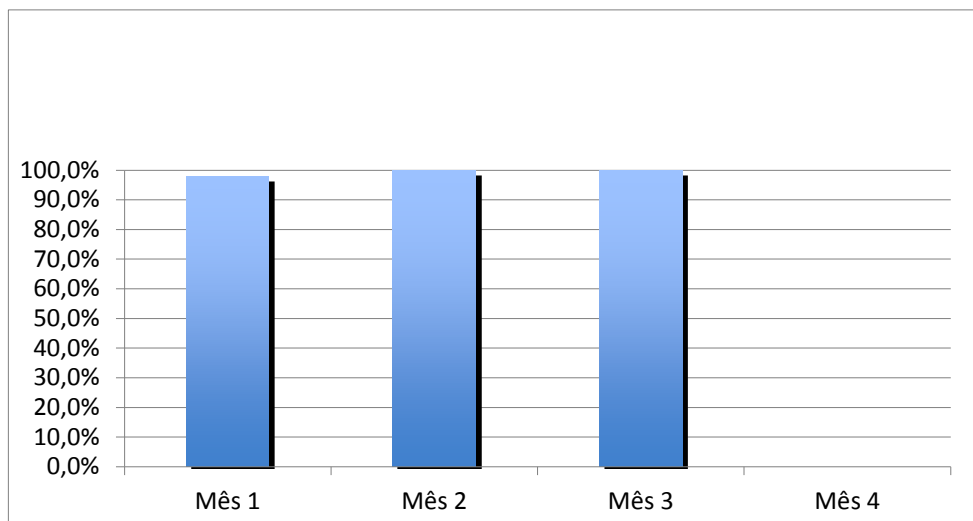


Figura 12: Gráfico da proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia. Fonte: Planilha de coleta de dados da UFPel, 2015.

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

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

No mês 1 avaliamos 87 idosos (89,7%), no mês 2 175 (92,6%) e no mês 3 avaliamos 256 idosos representando 94,5% do total. Não conseguimos avaliar a totalidade das redes sociais dos idosos porque nem todas as comunidades elas funcionam e em muitos lugares os idosos somente recebem a visita da equipe de saúde.

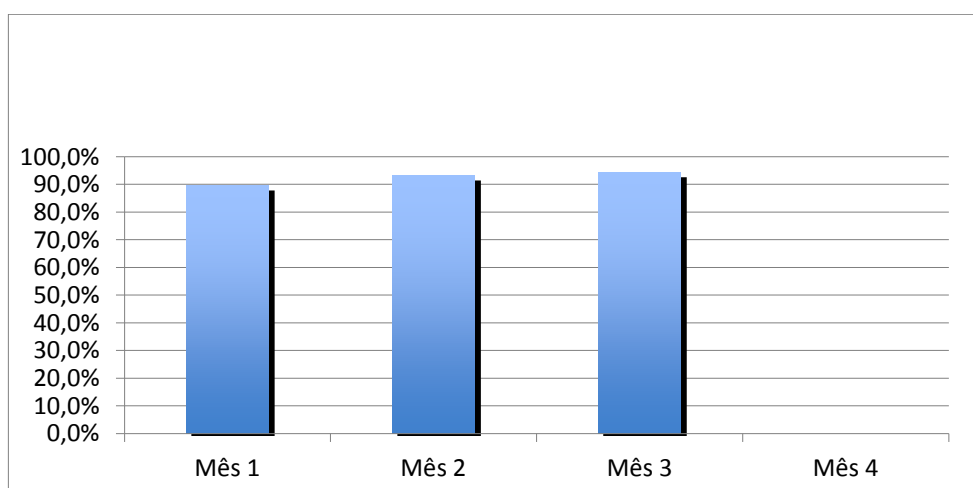


Figura 13: Gráfico da proporção de idosos com avaliação de rede social em dia. Fonte: Planilha de coleta de dados da UFPel, 2015.

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 orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Neste indicador conseguimos 100% nos três meses de intervenção. No mês 1 receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis 97 idosos (100%), no mês 2 foram 189 (100%) e no mês 3 foram 271 (100%).

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

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

Quase todos os idosos receberam orientação sobre a prática de atividade física regular nos três meses de intervenção. No mês 1 receberam orientação 95 idosos (97,9%), no mês 2 foram 189 (100%) e no mês 3 foram 271 (100%).

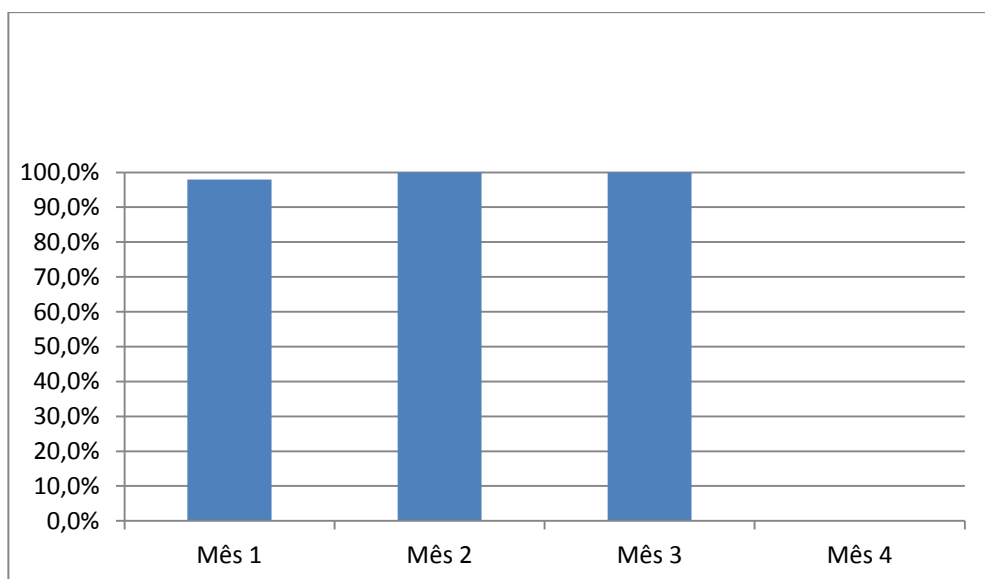


Figura 14: Gráfico da proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular. Fonte: Planilha de coleta de dados da UFPel, 2015.

Meta 6.3: Garantir orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia a 100% idosos.

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

Todos os idosos cadastrados na intervenção receberam orientação individual para os cuidados da saúde bucal nos três meses de intervenção, que só foi possível pela ajuda da dentista que realizou capacitação de toda a equipe de saúde. No mês 1 receberam orientação 97 idosos (100%), no mês 2 foram 189 (100%) e no mês 3 foram 271 (100%).

4.2 Discussão

Nossa intervenção permitiu realizarmos um trabalho em equipe, mas para isso a equipe teve uma capacitação prévia que possibilitou conhecermos e seguirmos as recomendações do ministério de saúde relacionadas ao diagnóstico, cadastramento, avaliação e monitoramento dos idosos e todos os fatores sociais, culturais, materiais e espirituais que influenciam na vida dos idosos. A equipe participou de forma conjunta e contamos com ajuda de nutricionista e reabilitador físico, toda a equipe recebeu capacitação para o cadastramento e rastreamento. Foram destacadas as principais doenças e as dificuldades e problemas que podem apresentar-se na vida dos idosos e como poder preveni-las, também como educar os familiares e demais integrantes da sociedade nos cuidados destas pessoas.

Com a realização da intervenção melhoramos o cadastramento e controle dos usuários idosos, os atendimentos e o controle dos registros. Conseguimos também um melhor acolhimento que permite avaliar as necessidades e orientações, priorizando os atendimentos, realizando busca ativa e cadastrando àqueles que não podem ir às consultas programadas. Realizamos orientações de saúde bucal, hábitos de vida saudável, atividades físicas regulares, tudo isso vinculando a família no cuidado dos idosos.

O trabalho da técnica de enfermagem foi muito importante, pois na maioria das vezes foi a responsável pelos acolhimentos dos usuários sempre com ajuda da enfermeira, identificando problemas de saúde, verificando os sinais. Os ACS foram os responsáveis por agendar as consultas e participaram de forma ativa na busca e visitas dos faltosos, otimizando a incorporação dos familiares nos cuidados aos idosos.

Conseguimos incorporar também as pessoas da comunidade em nosso trabalho, o que ajudou muito. Foi criado um grupo de idosos que possibilitou que muitos deles saíssem de casa e de sua rotina diária, e geralmente nas terças e quintas conseguimos reunir muitos deles, mas não conseguimos realizar essas atividades em todas as comunidades.

Ao finalizar nossa intervenção realizamos discussões sobre nosso trabalho e agora toda a equipe vai continuar trabalhando para melhorar os atendimentos dos idosos e conseguir melhorar a saúde deles.

Este trabalho já faz parte da nossa rotina na unidade de saúde e sempre que chega um novo idoso na unidade oferecemos consultas e toda equipe fica atenta nos cuidados que devem ser disponibilizados e, apesar de termos terminado nossa intervenção, continuamos preocupados com os idosos, já que muitas das necessidades deles ainda não puderam ser resolvidas. Por este motivo continuamos nossos encontros com toda a equipe para tentar resolver tudo o que seja possível e que dependa de nosso trabalho como, por exemplo, melhorar os indicadores que ainda não tiveram os resultados planejados.

Apesar de trabalharmos em uma zona rural longe dos principais serviços de saúde achamos que podemos conseguir atender todos os idosos que não podem locomover-se, ações que já começaram a se modificar com a disponibilidade de laboratório clínico e atendimento odontológico domiciliar.

Continuaremos trabalhando para melhorar a saúde das pessoas idosas e para que toda a comunidade seja sensibilizada. Ainda continuamos trabalhando para terminar os cadastramentos dos idosos que ainda faltam e também continuar priorizando os atendimentos destas pessoas. Continuaremos incorporando outros fatores e atores sociais no cuidado dos idosos, conscientizando demais integrantes da comunidade que ainda não ajudam neste sentido, melhorando assim os indicadores que ainda não atingiram os resultados obtidos.

Se a intervenção fosse iniciar hoje, com certeza iríamos ter uma percepção diferente, pois procuraríamos estreitar mais os laços com os gestores, com a comunidade e também fortaleceríamos ainda mais o trabalho de equipe porque hoje temos a certeza que os resultados obtidos são um reflexo da união de todos estes fatores. Com essa união e vínculos estabelecidos desde o início com certeza melhorariamos alguns fatores como o registro e o agendamento dos usuários, a

otimização da agenda para à demanda espontânea e estabelecimento das prioridades em cada uma das consultas.

5 Relatório da intervenção para gestores

Caro Senhor Gestor

Nossa equipe realizou um Projeto de Intervenção sobre o tema: Melhoria na Atenção à Saúde dos idosos na unidade de saúde Grajaú, no município de São João do Piauí. Esta intervenção só foi possível pelo apoio de todos os envolvidos, inclusive do gestor municipal, para poder realizar todas as atividades programadas.

No início de nossa intervenção apresentamos nosso projeto ao gestor municipal, pois precisávamos de sua ajuda para poder realizar nossa intervenção e desde o início da intervenção os gestores mostraram muito interesse no nosso trabalho e recebemos muita ajuda para a realização de todas as atividades programadas, como também ofereceram ajuda para poder adquirir os documentos necessários para a intervenção como ficha espelho, caderneta de saúde da pessoa idosa, transporte para nossas visitas domiciliares, busca ativa dos faltosos. Os gestores reforçaram nosso trabalho permitindo que outros profissionais ajudassem em nosso trabalho como os educadores físicos, técnicos de laboratório, dentista, entre outros.

Para realizar nossa intervenção foi utilizado o protocolo de atenção à saúde da pessoa idosa (2010) e todos os integrantes da equipe de saúde foram capacitados segundo este protocolo definindo assim suas atribuições e responsabilidades na equipe de saúde.

Depois de realizar uma análise situacional de nossa área de atendimento e avaliar os indicadores de saúde e identificar os principais problemas, decidimos realizar nossa intervenção na saúde da pessoa idosa já que observamos muitas dificuldades no atendimento deste grupo etário e por isso a equipe de saúde decidiu realizar a intervenção com as pessoas idosas.

Para o registro de todos os dados necessários para o desenvolvimento da intervenção foram utilizados os prontuários dos idosos, as cadernetas de saúde das pessoas idosa e fichas espelho elaboradas pelo curso e disponibilizadas pelos gestores. Sem essa ajuda, dificilmente conseguiríamos bons resultados na intervenção, uma vez que este material é essencial para a organização dos dados, atendimentos e planejamento.

Com a intervenção cadastramos 271 idosos e ampliamos a cobertura para 96,1%, mas não alcançamos nosso objetivo que era cadastrar o 100% dos idosos. Depois de 12 semanas de intervenção a mesma acabou, mas continuamos trabalhando para alcançar as metas que não foram contempladas e para isso incorporamos esta ação programática em nossa rotina diária de trabalho. Precisaremos continuar contando com a participação dos familiares dos idosos e demais integrante das comunidades, pois este é um fator importante e necessário para alcançarmos nossos objetivos, mas só teremos êxito com a continuada ajuda do gestor municipal, já que muitos dos recursos que precisamos depende da gestão. Dessa forma, solicitamos a continuidade da ajuda para melhorarmos ainda mais a atenção aos usuários.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Nossa equipe realizou um Projeto de Intervenção sobre o tema: Melhoria na Atenção à Saúde dos idosos na unidade de saúde Grajaú, no município de São João do Piauí, onde recebemos ajuda de toda comunidade para poder realizar nosso trabalho. A comunidade participou de forma muito ativa e desempenhou um papel muito importante em nossa intervenção e também no cuidado dos idosos.

No decorrer da intervenção as comunidades fizeram parte de nossa estratégia de trabalho e colaboraram no cadastramento dos idosos, permitindo descobrir alguns casos de idosos que moravam sozinhos e que com ajuda da comunidade conseguimos chegar até eles. A comunidade participou de forma ativa nas palestras que foram oferecidas pela equipe de saúde o que permitiu incrementar o número de idosos cadastrados e melhorar os atendimentos de muitos idosos.

Muitas das atividades educativas na unidade de saúde e em distintas comunidades visitadas resultaram verdadeiros encontros entre as comunidades, equipe de saúde e lideranças sociais, fazendo com que todos conhecessem de forma clara o trabalho realizado pela equipe de saúde, entre eles o programa de saúde de atenção aos idosos.

Para melhorar a atenção tivemos que priorizar o atendimento aos idosos, e nesse sentido a compreensão da comunidade foi essencial, pois percebemos que entenderam sobre a importância da prioridade do atendimento. Com a adesão da comunidade em nosso trabalho aumentou o número de consultas aos idosos, visitas domiciliares, além de receberem gratuitamente medicamentos que antes compravam.

Com a intervenção conseguimos melhorar o atendimento dos idosos, mas também trouxe benefícios para a equipe de saúde já que melhoramos em quanto profissionais e humanos, além de aumentar o vínculo com a comunidade.

As ações da nossa intervenção já fazem parte da rotina diária de nossa unidade de saúde, dando continuidade à intervenção para conseguir atingir todas as metas estabelecidas. Além disso, continuamos com as ações de promoção da saúde tentando modificar estilos de vida que propiciem uma melhor saúde para toda a comunidade. Para isso, será necessária a manutenção do apoio da comunidade e

participação dos líderes comunitários para que consigamos alcançar e atender todos os idosos da área.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Realizando uma reflexão sobre o processo de aprendizagem, acreditamos que o curso foi de muita importância para nosso crescimento profissional e também pessoal, já que nos instrumentalizou para nosso trabalho diário com os usuários e permitiu melhorar o relacionamento com todos os integrantes da equipe de saúde e demais profissionais da saúde.

O curso favorece a aprendizagem de muitas coisas que eram desconhecidas para nós, desde o ponto de vista profissional e de método de trabalho em equipe. No início do curso ficamos com muita desconfiança já que apesar de ter muitos anos de trabalho nunca em nossa vida havíamos realizado um curso de forma virtual pela internet e, em outro sistema de saúde diferente ao nosso, mas também de muitas expectativas pelo desafio do trabalho, coisa que ao longo da intervenção fomos superando e melhorando.

O curso foi de muita importância para a prática profissional, pois trouxe novos conhecimentos para nosso desenvolvimento intelectual e profissional e assim conseguimos melhorar o trabalho em equipe e trocar informações com outros profissionais que não fazem parte da equipe de saúde, além de melhorar o domínio da computação.

O curso também permitiu melhorar nosso raciocínio clínico, pois os casos clínicos foram muito bem elaborados e para resolvê-los tivemos que realizar leituras de variados temas de saúde para poder responder de forma correta. Tudo isso refletiu no trabalho diário, ajudando a enfrentar casos desconhecidos que se apresentavam em nosso dia a dia.

Através do curso realizamos conexões com outros serviços de saúde, o que permitiu mudança na postura da equipe de saúde, qualificando a equipe, identificando os principais agravos de saúde que atingem nossas comunidades. Definimos também as atribuições dos integrantes da equipe o que permitiu a tomada de decisões entre todos os integrantes da equipe.

Outro aspecto importante foi nossa interação com a comunidade onde capacitamos e educamos todos os integrantes das comunidades de nossa área de abrangência. Durante os encontros com a comunidade, eles tiravam todas as dúvidas, e nós conseguíamos passar informações a eles, criando assim um vínculo entre profissional e usuário. Durante a intervenção houve a implantação do protocolo do Ministério da Saúde para o cuidado das pessoas idosas, onde conseguimos sensibilizar os familiares, comunidades e demais lideranças sociais no cuidados dos idosos, priorizando e melhorando os atendimentos dos idosos. Com isso a equipe ficou mais bem preparada para o cuidado destas pessoas, melhorando a equipe de saúde, sob a ótica profissional e também humana, pois penso que somos melhores profissionalmente, mas também melhores seres humanos.

Referências

BRASIL. Constituição (1988) Constituição da república federativa do Brasil. Brasília, DF, senado, 1988.

_____. Ministério de saúde. Atenção Integrada as doenças prevalentes na infância. Curso de capacitação: introdução; modulo 1.2. Ed.rev.Brasília: ministério de saúde, 2012.

_____.Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica nº14. Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica. Brasília, DF, 2006.

_____.Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

_____.Indicadores básicos de saúde no Brasil: Conceitos e aplicações/Rede interagencial de Informações para a Saúde – Ripsa. - Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. 299 p.: il. Disponível em: <http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/matriz.pdf>

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Indicadores de Salud: elementos básicos para el análisis de La situación de salud,v.22, n.4, p.1-5, 2001.

Apêndices

Apêndice A - Exame clínico dos idosos.



Apêndice B - Busca ativa de idosos



Apêndice C - Encontro com grupo de idosos



Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
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

Anexo B-Planilha de coleta de dados

Número total de idosos (adultos de 60 ou mais anos de idade) residentes na área						OBSERVAÇÕES Considere apenas os idosos residentes na área de abrangência da unidade de saúde. Você pode obter este dado do cadastramento do SIAB ou, se não puder obter este dado diretamente, pode usar uma estimativa - ver observações para a célula C20.
Número total de idosos residentes na área e acompanhados no programa de Saúde do Idoso		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	OBSERVAÇÕES Considere apenas os idosos residentes na área de abrangência da unidade de saúde que frequentam o Programa de Saúde do Idoso. Você pode obter este dado contando as fichas do Programa / fichas espelho / fichas sombra. Se você não tem um Programa de Saúde do Idoso instalado em sua unidade de saúde, considere os idosos que são atendidos em sua unidade de saúde. Você pode localizar estes idosos a partir das Fichas de Atendimento Ambulatorial (FAA) ou Livro de registro dos atendimentos da unidade de saúde.
Número total de idosos residentes na área que estão acamados		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Digite aqui o número de idosos acamados ou com dificuldade de locomoção de acordo com sua realidade. Se não souber, pode usar uma estimativa, um número aproximado, obtido abaixo, na célula C25. Se usar esta estimativa.
*Estimativa de idosos no território						
População total						Digite a população total nesta célula de acordo com sua realidade e a estimativa de idosos será calculada automaticamente e mostrada na célula C22. Utilize este número se você não dispõe de dados cadastrais. Lembre-se que você precisa de um denominador (real ou estimado) para o cálculo dos indicadores.
Estimativa de idosos (10% da população total)						Este seria o número total estimado de idosos residentes no território, utilizado para os indicadores. Utilizou-se uma estimativa de 10% da população total da área.
Estimativa de idosos acamados ou com dificuldade de locomoção (8% dos idosos)						Este seria o número estimado de idosos residentes no território acamados ou com dificuldade de locomoção. Utilizou-se uma estimativa de 8% da população de idosos. Ele será utilizado como denominador para o indicador 2.5.

Apresentação / Orientações / **Dados da UBS** / Mês 1 / Mês 2 / Mês 3 / Mês 4 / Indicadores

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

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Assinatura do declarante