

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



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção à saúde do idoso UBS Doutor Maurício Cardoso.
Doutor Maurício Cardoso /RS**

Lázaro Raúl Cabello Valdés

Pelotas, 2015

Lázaro Raúl Cabello Valdés

**Melhoria da atenção à saúde do idoso UBS Doutor Maurício Cardoso.
Doutor Maurício Cardoso /RS**

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

Orientador: Luíla Bittencourt Marques

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

V145m Valdes, Lazaro Raul Cabello

Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso UBS Doutor Maurício Cardoso. Doutor Maurício Cardoso/RS / Lazaro Raul Cabello Valdes; Luíla Bittencourt Marques, orientador(a); Luíla Bittencourt Marques, coorientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

106 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. Marques, Luíla Bittencourt, orient. II. Marques, Luíla Bittencourt, coorient. III. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

A minha esposa e meus filhos.

Agradecimentos

A meus colegas da Unidade básica de Saúde “Doutor Maurício Cardoso/RS” por incentivar meu trabalho.

Aos Orientadores do curso em especial a Luíla Bittencourt Marques pela disciplina e paciência mostrada.

À Secretaria de Saúde do Município “Doutor Maurício Cardoso-RS”

Resumo

VALDÉS, Lázaro Raúl Cabello. **Melhoria da atenção à saúde do idoso UBS Doutor Maurício Cardoso. Doutor Maurício Cardoso /RS.** 2015. 106f. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família. Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Ano 2015.

Objetivo: Melhorar a atenção à saúde do idoso UBS Doutor Maurício Cardoso. Doutor Maurício Cardoso /RS.

A longevidade é, sem dúvida, um triunfo. Hoje com aumento do número de pessoas idosas, com os problemas próprios do envelhecimento e a alta frequência de portar uma ou mais doenças este grupo etário precisa de atenção integral e diferenciada. O presente trabalho objetivou-se melhorar a atenção à saúde das Pessoas Idosas (PI), 60 ou mais anos, incluindo a saúde bucal. Trata-se de uma intervenção em uma UBS no município **Doutor Maurício Cardoso/RS**, que proporciona atenção de saúde para uma população que mora em zonas rurais. A área de abrangência tem uma estimativa de 480 Pessoas Idosas. Foram cadastrados e recebeu atenção de saúde 459 idosos, uma cobertura ao final da intervenção de 96.5% da população alvo. Todos os idosos cadastrados receberam Avaliação Multidimensional Rápida, Exame Clínico apropriado incluindo exame físico dos pés, palpação dos pulsos e medida da sensibilidade. Todos os idosos hipertensos e/ou diabéticos teve solicitação de exames complementares periódicos; Foram cadastrados todos os idosos acamados ou com problemas de locomoção da área de abrangência e receberam visita domiciliar; Todos tiveram avaliação da necessidade de atendimento odontológico, e receberam a primeira consulta odontológica. Em 100% dos idosos cadastrados foi garantida a orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e prática regular de atividade física. Todos os idosos que tiveram a primeira consulta odontológica receberam orientação sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias). A intervenção permitiu maior relacionamento e colaboração com os colegas da equipe da ESF o que propiciou uma grande melhoria na qualidade do trabalho, das informações, atingir as metas propostas, estabelecendo uma nova relação com os usuários da UBS possibilitando oferecer

uma melhor atenção de saúde à população com um impacto positivo nos indicadores de saúde da comunidade e a possibilidade de continuar com as ações desenvolvidas durante a intervenção.

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

Lista de Figuras

- Figura 1 Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde. UBS Doutor Maurício Cardoso/RS. 81
- Figura 2 Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada. UBS Doutor Maurício Cardoso/RS. 83
- Figura 3 Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção Cadastrados. UBS Doutor Maurício Cardoso/RS. 84
- Figura 4 Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática. UBS Doutor Maurício Cardoso/RS. 86

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos.

AB	Atenção Básica
ACS	Agente comunitário da Saúde
CAP	Caderno de Ação programática
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Estratégia de Saúde da Família
PI	Pessoas Idosas
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SINASC	Sistema de Informação dos Nascidos Vivos
SIPNI	Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização
SUS	Sistema Único de Saúde

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da Estratégia de Saúde Familiar/Atenção Primária de Saúde.....	9
1.2 Relatório da Análise Situacional	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	35
2 Análise Estratégica	36
2.1 Justificativa	36
2.2 Objetivos e metas	38
2.2.1 Objetivo geral	38
2.2.2 Objetivos específicos e metas	38
2.3 Metodologia	40
2.3.1 Detalhamento das ações	400
2.3.2 Indicadores	65
2.3.3 Logística	71
2.3.4 Cronograma.....	75
3 Relatório da Intervenção.....	76
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	76
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	78
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	78
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	79
4 Avaliação da intervenção.....	80
4.1 Resultados.....	80
4.2 Discussão	90
5 Relatório da intervenção para gestores	93
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	97
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	99
Referências	100
Anexos	101

Apresentação

O presente trabalho tem como objetivo melhorar a Atenção à Saúde dos idosos na UBS Doutor Maurício Cardoso. Doutor Maurício Cardoso/RS. Está estruturado em 7 partes: o primeiro capítulo Análise Situacional da UBS Doutor Maurício Cardoso/RS, se refere antes do começo da intervenção contendo o relatório da análise situacional, o segundo capítulo Análise Estratégica, apresenta-se a justificativa, os objetivos (geral e específicos), as metas, a metodologia detalhando os indicadores, logística e cronograma estabelecidos no projeto, o terceiro capítulo Relatório da Intervenção, estão as ações previstas desenvolvidas e não desenvolvidas, os aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados e a viabilidade de incorporar as ações à rotina do serviço, o quarto capítulo Avaliação da intervenção, se reflexa os resultados obtidos e discussão do projeto durante os 3 meses da intervenção, e o quinto, sexto e sétimo capítulos os relatórios da intervenção para os gestores, a comunidade e minha reflexão crítica sobre meu processo pessoal de aprendizagem, respectivamente.

1 **Análise Situacional**

1.1 **Texto inicial sobre a situação da ESF/APS**

Nosso município **Doutor Maurício Cardoso** do Rio Grande do Sul, está situado às margens do Rio Uruguai, fronteira com a Argentina. Tem uma **Área ocupacional** de 252 km² com uma **população** de 5.494 habitantes segundo dados do IBGE de 2007, em 2014: 5.313 habitantes, **altitude** de 282m sobre o nível do mar e uma **distância da capital Porto Alegre** de 515 km. A economia é essencialmente agrícola com características minifundiárias.

Atenção Básica (AB) de saúde está estruturada por uma Unidade Básica de Saúde (UBS) com duas Unidades de Saúde Familiar (PSF), um antigo hospital reformado. As equipes de Estratégia de Saúde Familiar (ESF) estão composta cada uma por: 1 Médicos, 1 Dentista, 1 Enfermeiro, 2 Técnicos de enfermagem, 1 Técnico em higiene dental, 10 Agentes comunitários de saúde. (ACS)

Além disso, conta com 2 consultórios médicos, consultório odontológico e consultório de enfermagem para os profissionais da Atenção Básica (AB); área de recepção, local para arquivos e registros, uma sala de cuidados básicos de enfermagem, uma sala de vacina e sanitários. No município não consta com serviços de Raios X e as consultas com especialidades básicas devem ser feitas fora do município. Proporciona AB de saúde para uns 2150 Habitantes, que moram em sua maioria em zonas rurais.

A equipe de AB em seu processo de trabalho vem atualizando o cadastramento das famílias e dos indivíduos utiliza de forma sistemática os dados para a análise da situação de saúde oferecendo atendimento diferenciado aos grupos de risco. As vistas domiciliares são feitas a cada mês pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), as quais repassam as informações nas reuniões de fechamento do mês sobre os usuários acamados, com problemas de locomoção ou outros problemas de saúde para a equipe de ESF onde são programadas as visitas de outros profissionais da equipe, também oferecendo este serviço de forma espontânea quando as famílias precisam dele.

Os problemas de saúde mais preocupantes são: Alto número de idosos; Prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), Obesidade acima da média para a população brasileira; Alta Prevalência de doenças psiquiátricas e consumo excessivo de antidepressivos, anti-psicóticos e

estabilizadores de humor e a falta de recursos econômicos para uma melhor atenção à saúde.

1.2 Relatório da Análise Situacional

A Atenção Básica de Saúde na UBS Doutor Maurício Cardoso. Doutor Maurício Cardoso /RS, está estruturada por duas Equipes de Estratégia de Saúde Familiar, com um Núcleo de Apoio a ESF (NASF) composto por Psicólogo, Preparador Físico, Nutricionista. A estimativa populacional por faixa etária comparada com o Caderno de Ações Programáticas proporcionado pelo curso da especialização é seguinte:

- Pessoas de 5 a 14 anos: 815, Real da UBS 481 (menos 334)
- Pessoas de 15 a 59 anos: 3599, Real da UBS 2941(menos 658)
- Pessoas com 60 anos ou mais: 750, Real da UBS 1118 (mais 438)
- Pessoas entre 20 e 59 anos: 3149, Real da UBS 2589 (mais 560)
- Pessoas com 20 anos ou mais: 3899, Real da UBS (menos 122)

A UBS está inserida em um município rural e a economia é essencialmente agrícola com características mini fundiárias e proporciona AB de saúde para uma população que em sua maioria mora em zonas rurais. Pertence à prefeitura municipal e não são desenvolvidas atividades de ensino. Não consta com serviços de raios X ou de consultas com especialidades básicas, estas devem ser feitas fora do município e os exames laboratoriais são financiados em parte pelo Governo Municipal. Além disso, dispõe-se de vários leitos existindo a possibilidade de serviço hospitalar com plantão das 5:00 horas PM a 7:30 horas AM.

A AB de saúde está estruturada por uma UBS com duas Equipes de Estratégia de Saúde Familiar (ESF)

As Equipes de Estratégia de Saúde Familiar estão compostas por: 1 médicos, 1 Dentistas, 1 Enfermeiros, 1 Técnicos de enfermagem, 1 Técnico em higiene dental e 10 Agentes comunitários de saúde.

Em nossa UBS foram observadas necessidades e limitações muito parecidas as que se descrevem no estudo que proporcionou o curso de especialização, maioria delas em relação à estrutura da UBS, ausência de sala de

espera confortável, ausência de sala de vacinas, área para sala de farmácia e trabalho social o que dificulta o desempenho do trabalho da equipe de Estratégia de Saúde Familiar e dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). A área física da UBS esta em parte do prédio de um antigo hospital reformado que comparte com a Secretaria de Saúde, conta com 2 consultórios médicos, 2 consultórios odontológicos e 2 consultórios de enfermagem; área de recepção, local para arquivos e registros, uma sala de cuidados básicos de enfermagem, sanitários. Não consta uma sala de vacina, área para sala de farmácia e trabalho social, estas estão no mesmo prédio na área de Secretaria de Saúde.

Em Nossa UBS existem algumas limitações e dificuldades que afetam o trabalho e desempenho das equipes de ESF e dos usuários do SUS. O prédio não é adequado às necessidades de todos os usuários e profissionais que nele trabalham. Como falamos anteriormente, não existe sala de vacina, área para sala de farmácia e trabalho social, estas estão no mesmo prédio fora da ESF o que obriga o deslocamento dos usuários. As barreiras arquitetônicas estão presentes na estrutura dos pisos e a não existência de cadeiras de rodas. A situação das sinalizações é precária, não existe corre mãos em corredores o que propicia que as pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida, idosos, tenham que pedir auxilia a outras pessoas, dificultando sua liberdade de movimentação e utilização de maneira autônoma e segura dos ambientes da UBS.

As possibilidades de enfrentamento a estas dificuldades e limitações observadas são mínimas por o fato de que uma reforma estrutural do prédio é muito custosa e o resto precisa também de importantes investimentos econômicos quase impossíveis para um Município pequeno como este, mais não é impossível, se precisa da ação e gestão coordenada de todos os Grupos Sociais, Organizações Sociais, dos Governos (Federal, Estadual, Municipal) e das Secretarias de Saúde.

A Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011(1) faz referência e incentiva ao cumprimento dos princípios universais do SUS relatando, regulamentado as responsabilidades, atribuições de cada um dos membros das Equipes de Saúde, da Nação, Estados e Municípios e propõe variantes para sua implantação. Todas as ações de saúde que se relatam na Portaria são realizadas pelos profissionais de saúde da UBS, Grupo de apoio a ESF com a participação ativa da comunidade desde o momento da territorialização da área da abrangência e mapeamento dela, questão de muita importância para conhecer o universo da população, suas

condições ambientais, econômicas. Existindo autonomia para que cada um dos profissionais cumpra com o processo de trabalho. São feitas também atenção de urgência, emergência, procedimentos cirúrgicos, busca ativa a fatores de risco e notificação de doenças.

São realizadas visitas domiciliares como instrumento de realização de procedimentos e ações de saúde. Formam parte da rotina de trabalho das Equipes de Estratégia de Saúde Familiar (um dia da semana) são visitados no terreno os doentes encamados prolongados, com malformações genéticas, pessoas com deficiência cognitiva, idosos que não podem movimentar-se ao hospital e usuários com sequelas de doenças crônicas e incapacitantes. Geralmente assistem às visitas a domicílio: Médico, Enfermeiro, Auxiliar de Enfermagem e Motorista. Fazem-se vários procedimentos: tratamentos Intramuscular, Intravenosos, curativos e ações de promoção e prevenção de saúde.

Os profissionais da UBS participam no gerenciamento de insumos para o funcionamento da UBS com influência nas decisões sobre a demanda e solicitude de medicamentos e outros insumos.

Cumpra-se adequadamente com o acompanhamento a os usuários em situações de ingresso domiciliar, hospitalar, não assim com os encaminhamentos a outros níveis do sistema de saúde com utilização de protocolos para referência dos usuários, o município não tem lei protocolada e aprovada pela prefeitura para esses fins, as referências se fazem fora do sistema SUS com mediação do Governo do Estado e Município nesta gestão.

Existe um conselho municipal de Saúde que agrupa maioria dos setores comunitários e organizações governamentais onde os profissionais de saúde têm participação ativa e protagônica. Tem-se identificados na comunidade pessoas que não são líderes formais para apoiar nossa atividade exemplo: Líderes religiosos, Idosos com grande prestígio, líderes das associações de futebol.

As atividades de promoção, prevenção, educação em saúde são feitas em o território todo com mais ênfase nos grupos de Idosos, Hipertensos, Diabéticos, Gestantes, com a dificuldade que alguns dos grupos estão compostos por muitos integrantes o que dificultam o processo do trabalho e interação com eles.

Temos acesso às atividades docente educativas em reuniões de grupos e outros espaços com o uso das novas tecnologias de educação a distância como TELESÁUDE e nossa participação na Especialização em Saúde Familiar que

aglomera a maioria dos profissionais da UBS em a confecção das tarefas, questionários, leituras que se recomendam e os debates que se geram.

Uma das prioridades a enfrentar em nossa UBS é diminuir o número de integrantes dos grupos para poder ter uma interação maior com os usuários e um trato mais personalizado em um ambiente mais familiar.

Os exames laboratoriais são financiados em parte por gestão Municipal, com o problema que às vezes antes de concluir o mês só podem fazer exames de urgência por falta de investimentos para esta atividade o que cria dificuldades para o trabalho de busca ativa das doenças, afetando tanto aos usuários como a os profissionais de saúde.

Em quanto aos encaminhamentos a outros níveis do sistema de saúde com utilização de protocolos para referência dos usuários, a UBS e a prefeitura municipal devem fazer acordos e gestão compartilhada com o Governo do Estado. Precisa-se criar e manter os ambulatórios ou clínicas de especialidades médicas sobre todo com as especialidades básicas que é onde mais afeta a população, uma variante poderia ser a criação de Grupos de Atenção Básica como em Cuba onde é possível designar um especialista em Medicina Familiar como Pediatra, Ginecologista ou Medicina Interna e assim oferecer maior cobertura de saúde especializada.

Além de isso, acho que em nossa UBS se deve trabalhar mais ainda em fortalecer e estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade de influir e cuidar de sua saúde com uma participação mais ativa do governo local e Estado.

A UBS tem uma boa disponibilidade de equipamentos, materiais e insumos de uso geral para a realização das atividades e em condições satisfatórias de uso para fazer as ações de saúde, contando com sistemas de manutenção-reposição, calibragem de instrumentos, equipamento, mobiliário e materiais de consumo. Os dois consultórios odontológicos bem equipados em locais que não cumprem com os requisitos para este tipo de atividade e a dificuldade que os profissionais que em eles se desempenham devem se trasladar a comunidades muito longes para cumprir com o horário de trabalho isso atenta contra a satisfação da população ao oferecer um menor número de atendimentos.

Em quanto aos equipamentos de comunicação, informação e informática existem e estão em ótimas condições de utilização sendo usados pela maioria dos profissionais de saúde da UBS com a dificuldade de que ainda não se aplicou um

programa que permita a realização dos atendimentos de forma totalmente digital e a rede elétrica é insuficiente para tanto equipamento, isso ocasiona a queda do fluido elétrico com muita frequência.

A situação em quanto aos medicamentos de referência nacional tendo em conta a grande quantidade deles, em nossa UBS existem a maioria em disponibilidade suficiente para cobrir a demanda dos nossos usuários, com a grande dificuldade de que não temos local de farmácia como tal, com sua sala e almoxarifado, foi adaptado um local onde se oferece todo o serviço, isso afeta o desempenho do trabalho ao dispor de espaço suficiente e dificulta a comunicação com os usuários. Não existe o exercício da Medicina Natural e Tradicional com uso de medicamentos fitoterápicos e homeopáticos.

Os equipamentos e materiais para o trabalho dos ACS estão disponíveis tanto assim como os meios de locomoção para eles, por tratar-se de uma área rural onde tem que recorrer longas distâncias para fazer suas atividades.

A maior dificuldade acontece com os agendamentos para os especialistas de segundo nível sendo a situação mais crítica com cirurgião geral, vascular e outras que constam com poucos especialistas e ficam fora do município, se negam a fazer atendimentos pelo SUS alegando que existem demora no pagamento do serviço, os usuários devem aguardar em longas filas e transportar-se a longas distâncias com muita perda de tempo e piorando a doença em quanto aguardam por uma consulta.

As possibilidades de enfrentamento para superar a maioria das dificuldades e limitações encontradas em nossa UBS não se encontram a nosso nível de governabilidade dependendo mais das políticas do Governo da Nação, Estados, Municípios e algumas delas não é prioridade da gestão do nosso município como no caso da Medicina Natural e Tradicional com uso de medicamentos fitoterápicos e homeopáticos que tão importantes são por sua eficiência e economia.

Outro exemplo disso são os esforços desmedidos das equipes de ESF para poder agendar consultas para os especialistas de segundo nível pela falta de investimentos para esta atividade procurando-se uma melhoria nas políticas do estado e outras organizações que garanta o acesso dos usuários do SUS e possibilite realizar eficientemente nosso trabalho.

A **população** de nosso território é de 4.796 habitantes, do sexo masculino 2.360 e do sexo feminino 2.436 segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), pelo que o número de equipes e tamanho das equipes é

adequado ao tamanho da população em nossa área de abrangência, tendo em conta que para uma população de 5494 habitantes existem duas Equipes de Estratégia de Saúde da Família com todo o pessoal completo.

Na UBS não existe equipe de acolhimento como tal, se realiza acolhimento por todos os profissionais da UBS, o seja, coletivo nos turnos da manhã e tarde. O acolhimento é realizado na recepção, numa sala para acolhimento e na sala de enfermagem para procedimentos, tendo os usuários que chegam á UBS suas necessidades acolhidas em média de 15 minutos. Dos tipos de modelos de acolhimentos propostos pelo Ministério de Saúde aplicamos: uma modalidade mista onde se misturam elementos de diferentes modelagens predominando o modelo coletivo, que considero é mais flexível e dinâmico tendo a possibilidade que todos os profissionais da equipe de saúde tenham contato mais direto com os usuários em diferentes locações e situações na UBS.

A equipe de Saúde conhece vários protocolos de avaliação e classificações do risco biológico para definir o encaminhamento da demanda do usuário mais não existem por escrito, se faz avaliação de risco biológico similar aos protocolos de emergência de forma tal a incluir todos os usuários e acolher suas necessidades e demandas, traduzi-las, oferecendo respostas a elas dentro da UBS ou se for necessário tem a possibilidade de encaminhamento a outros níveis do sistema SUS, triagem não existe ou não se aplica por ser rígido e excludente. Não existem protocolos avaliação e classificação de vulnerabilidade social para definir o encaminhamento da demanda do usuário, mas a equipe de saúde que mora e trabalha na comunidade conhece aquelas pessoas e famílias que tem risco social, problemas econômicos e famílias disfuncionais em sua dinâmica e relações.

Todos os usuários que solicitam consultas para enfermeiro ou médico, quando tem problemas de saúde agudos, são atendidos no mesmo dia, não existindo excesso de demanda de atendimento de emergência durante o dia. Nossos usuários solicitam consultas para o dentista quando tem problemas agudos ou precisam de atendimento imediato-prioritário, ofertando-se esse serviço na UBS e não existe excesso de demanda para este tipo de atendimento. Existindo excesso de demandas de consultas para prótese, existindo uma longa fila de espera, porque o programa ficou parado por meio ano, por falta de técnicos para prótese, ocorrendo similar ao que acontece com as referências a os especialistas, ninguém quer fazer

contratos de trabalho pelo SUS alegando que o valor pago é muito pouca e demorada.

Para dar solução a este problema da fila de espera os odontologistas da UBS fizeram um agendamento programado mensal de usuários, ofertando seis atendimentos por semana que são muitos mais que os pautados pelo SUS para um mês.

Em nossa UBS não existe excesso de demanda espontânea para atendimentos do dia ou emergente o que dá a possibilidade aos profissionais médicos, enfermeiro e a equipe de saúde de fazer acolhimento das demandas dos usuários, que sejam solucionadas ou encaminhadas. Os usuários são acolhidos pela equipe de saúde e as decisões-orientações são tomadas baseadas de acordo a prioridade do quadro clínico, idade, sendo o mais justos, flexíveis e dinâmicos possível. Realiza-se atendimento de puericultura, cinco dias da semana (de Segunda a Sexta-feira) para os três grupos etários de crianças que propõe o Caderno de Ações Programáticas (CAP). Não existem crianças de fora da área de cobertura da UBS que realizem puericultura nela.

Nas atividades do atendimento de puericultura participam a maioria dos integrantes da equipe de saúde, Médico da Família, Enfermeiro, Técnico auxiliar de Enfermagem, Nutricionista se for necessário, com maior protagonismo por parte do Enfermeiro para os atendimentos de puericultura das crianças de baixo risco. Depois da consulta as mães e a criança saem com a data de próxima consulta programada segundo o calendário do Ministério da Saúde (MS) para o SUS e com a data da reunião de grupo.

Em nossa área de cobertura existe oferta e demanda de consultas para crianças de até 72 meses de idade com problemas agudos de saúde, às vezes com excesso como agora em inverno ou entrada de verão com as infecções do Aparelho Respiratório e Digestivo, pelo que a ESF oferece mais atendimentos por dia para cobrir a demanda de atendimento de estas crianças que são uma das prioridades de nosso trabalho. Existem os protocolos de atendimento de puericultura produzidos pelo MS e a Secretaria de Saúde do Município sendo o ano mais recente de estes o ano 2010.

Todas as ações que propõe o CAP são desenvolvidas em nossa UBS e registradas em Prontuário Clínico, Ficha de Atendimento Odontológico e Ficha Espelho de vacinas. Está garantida a realização do teste do pezinho, pesagem,

mensurações, vacinação, que são direitos que correspondem à Ação Programática. O Programa Bolsa Família do Ministério de Saúde está implantado sendo o responsável pelo cadastramento das crianças à Assistente Social e um administrativo da Secretaria de Saúde Municipal, existe além de isso outro programa chamado Saúde de Ferro para a prevenção da anemia por déficits de ferro. Lamentável e a situação existente com os atendimentos odontológicos para esta faixa etária, os que se realizam de maneira espontânea, sem nenhum tipo de programação o registro sendo preciso organizar esta atividade em nosso território.

As atividades de grupos de mães e pais são realizadas no âmbito de UBS (no Anfiteatro) e em outros espaços comunitários como a Igreja Católica Com a Pastoral da criança, que é uma associação não governamental composta por vários integrantes da comunidade que realizam atividades de grupo com as mães, pais e crianças de 15 em 15 dias onde oferecem longe, dramatizações de teatro, palestras com recomendações sobre alimentação saudável, cuidado das crianças, vacinas, prevenção de acidentes. Nesta atividade são convidados a participar os integrantes da ESF e à Assistente Social. A assistência a estes grupos estima se é de aproximadamente 70% de os que deveriam assistir, mais é muito difícil de constatar.

Outras atividades de avaliação e monitoramento do Programa de Puericultura são feitas pelo Assistente Social, Enfermeiro, Nutricionista, os quais realizam reuniões com uma frequência bimestral e utilizam como fontes de dados o SIAB, SINASC e Prontuários Médicos.

Em quanto ao CAP foi possível preencher com os dados obtidos do Prontuário Médico e registro de vacinas. Realmente estima se que só um 60% ou 70% das crianças realiza a puericultura de forma continuada na UBS, as Agentes Comunitárias de saúde que moram na comunidade e fazem revisão periódica das cadernetas da criança para dar seguimento prioritário ao programa de vacinas, neste momento é apropriado para fazer atividades de puericultura porque coincide com o Calendário de puericulturas proposto pelo MS para o SUS. Muitas famílias nesta região onde existe uma grande empresa estrangeira, de produção de maquinaria que proporciona muitos empregos e planos de saúde prefere fazer as puericulturas em o setor privado de saúde, mais estes Planos não cobrem as vacinas por seu custo alto e o SUS sim.

Analisado o CAP temos os seguintes dados para nossa UBS: Indicador de Cobertura: 66 menores de 1 ano. Com um total de crianças menores de 1 ano

acompanhadas na UBS: 66 para 83% de cobertura na área devido a que temos 11 crianças menos do que o estimado. Indicadores de qualidade (Número de crianças com consultas em dia segundo protocolo do MS: 55 - 100%; Com atraso da consulta agendada em mais de sete dias: 0; Com teste do pezinho até sete dias: 55 - 100%; Com primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida: 55 - 100%; Com triagem auditiva: 55 - 100%; Com monitoramento do crescimento na última consulta: 55 - 100%; Com monitoramento do desenvolvimento na última consulta: 55 - 100%; Com vacinas em dia: 55 - 100%; Com avaliação de saúde bucal: 0 - 0%; Com orientação para aleitamento materno exclusivo: 55 - 100%; Com orientação para prevenção de acidentes: 55 - 100%).

A forma de registro que é utilizada em nossa UBS permitiu o preenchimento do CAP. A cobertura de Saúde da Criança é ótima mais pode ser melhor ainda, com os poucos indicadores de qualidade avaliados em correspondência com a proposta do MS, acho que deve ser melhorada a cobertura para as crianças menores de um ano com avaliação odontológica de forma que seja um procedimento de rotina esta avaliação tanto como ocorre com as outras atividades que realizam se neste sentido na UBS.

Em quanto á Atenção Pré-natal em nossa UBS não existem muitos problemas fazendo se a maioria das atividades e com as atribuições dos profissionais que realizam a atenção Pré-natal bem definida. Tendo em cota que nosso Município é pequeno e o numero de gestantes e partos está por embaixo do estimado para a população comparada com o estimado do Caderno de Ações Programáticas. Não se realiza atendimento pré-natal todos os dias da semana, só uma vez por mês no horário da tarde, não existindo gestantes fora da área de cobertura da UBS que realizem o pré-natal em ela, 100% das gestantes é de nossa área de abrangência. Os atendimentos são feitos pelo médico e enfermeiro com o apoio do resto dos profissionais da Equipe e quando for necessário se solicita a intervenção de outros profissionais como a Nutricionista, Psicólogo, Cirurgião Dentista. Após a consulta a gestante sai da UBS com a próxima consulta programada agendada para o próximo mês e a data da reunião do grupo de gestantes. Existe oferta de atendimento para gestantes com problemas de saúde agudos que moram na área da UBS, mas não temos excesso de demanda de este tipo de atendimento e os protocolos de atendimento pré-natal da UBS são os do Ministério de Saúde e Todas as ações propostas no questionário para o cuidado das

gestantes são feitas na UBS sendo utilizados protocolos para proporcionar o acesso delas aos outros níveis do sistema de saúde.

Não existe nenhum arquivo específico para os registros dos atendimentos às gestantes nem revisão periódica de este. O Programa SISPRENATAL do Ministério da Saúde se aplica em nossa UBS sendo o responsável pelo cadastramento das gestantes o enfermeiro coordenador da Atenção Básica, e para realizar o monitoramento e avaliação do Programa Pré-Natal são utilizados como fontes de dados o SIAB, Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), Prontuário médico de atendimentos, Sistema de Informação do programa Nacional de imunização (SIPNI), Prontuário Odontológico, Formulário Especial do Pré-natal. Os relatórios que se produzem com os resultados da avaliação e monitoramento do programa são enviados a cada mês via Online.

As atividades com o grupo de gestantes se realizam uma vez por mês no anfiteatro da UBS com a participação de 100% das gestantes, Médico, Enfermeiro, Assistente Social, Nutricionista, Odontólogo, Psicólogo, Técnico Auxiliar de Enfermagem e de Consultório Dentário, Padre da Igreja, Pastor, Pastoral Criança.

Nossa forma de registro permitiu o preenchimento da parte de Pré-natal e Puerpério do Caderno de Ações Programática mais com a dificuldade que para acessar ao SIAB só pode ser feito pelo responsável de Atenção Básica do Município. A cobertura Pré-natal em minha UBS é aceitável, mas pode ser melhor quanto à qualidade e os indicadores da cobertura de consulta de puerpério e da qualidade da atenção ao Pré-natal avaliados estão dentro dos parâmetros do Ministério de Saúde para a atenção ao Pré-natal/Puerpério.

Um aspecto que é imprescindível para melhorar o processo de trabalho de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção ao pré-natal em minha UBS é proporcionar e estabelecer um mecanismo de acesso para as gestante-puérperas às Especialidades do Segundo Nível. Este mecanismo não existe de maneira oficial neste município. A Prefeitura por iniciativa própria fez contratos com os especialista e hospital do outro município para oferecer este tipo de atendimento.

Foi possível preencher o Caderno das Ações Programáticas com os dados obtidos de atenção pré-natal: Número de gestantes residentes na área de cobertura da UBS: 16 (19%) com um Indicador de Cobertura estimado 82,41 gestantes; Total de gestantes residentes na área e acompanhadas na UBS: 16 (100%); Consultas

em dia de acordo com o calendário do Ministério da Saúde 16 (100%); Com pré-natal iniciado no primeiro trimestre: 16 (100%); Com os exames de laboratório da primeira consulta solicitado: 16 (100%); Com vacina antitetânica conforme protocolo: 16 (100%); Com vacina hepatite B conforme protocolo: 16 (100%); Com prescrição de suplementação de sulfato ferroso conforme protocolo: 16 (100%); Com um exame ginecológico por trimestre: 16 (100%); Com avaliação de saúde bucal: 16(100%); Com orientação para aleitamento exclusivo: 16 (100%).

Também foi possível preencher o Caderno das Ações Programáticas com os dados obtidos de atenção puerpério: Indicador de cobertura 66; Número estimado de partos nos últimos 12 meses: 66; Número de partos nos últimos 12 meses: 16; Número de mulheres que fizeram consulta de puerpério nos últimos 12 meses: 16 (100%); Número de mulheres que consultaram antes dos 42 dias de pós-parto: 16 (100%); Com consultas em dia de acordo com calendário do Ministério da Saúde: 16 (100%); Com solicitação na 1ª consulta dos exames laboratoriais preconizados: 16 (100%); Com vacina antitetânica conforme protocolo: 16 (100%); Com vacina contra hepatite B conforme protocolo: 16 (100%); Com orientação para aleitamento exclusivo: 16 (100%); Com exame ginecológico por trimestre: 16 (100%); Com prescrição de suplementação de sulfato ferroso conforme protocolo: 16 (100%); Com avaliação de saúde bucal: 16 (100%). Pode-se enxergar que em minha UBS o número de atendimentos a gestantes e puérperas é inferior ao estimado pelo CAP e que fazem se o 100% das atividades que se propõem para o cuidado de elas, sem a possibilidade de que ocorra uma subnotificação de gestantes em nosso território.

Em relação à Prevenção do Câncer de Colo de Útero e Controle do Câncer de Mama os profissionais de saúde da UBS orientam as mulheres da área de cobertura para o uso de preservativo, sobre os malefícios do tabagismo e se realizam ações de educação para realização periódica do exame preventivo do câncer do colo uterino. Realiza-se prevenção do câncer do colo uterino através da coleta de exame Citopatológico em só 3 dias da semana, não existindo mulheres fora da área de cobertura que realizem a coleta deste exame que é realizada pelo enfermeiro. Todos profissionais aproveitam o contato com as mulheres para investigar a necessidade de realização do preventivo do câncer de colo de útero, utilizam-se os dos tipos de rastreamento: Oportunístico e organizado o que permite uma maior cobertura e flexibilidade.

O protocolo de prevenção do câncer de colo uterino que se usa em nossa UBS é do Ministério de Saúde publicado no ano 2013 (2) e os profissionais que com mais frequência os utilizam são: médico e enfermeiro. Nos últimos três anos o número de mulheres com exame citopatológico alterado foi 23 e todas foram acompanhadas de acordo com o protocolo do MS.

Os resultados dos exames da coleta de citopatológico são registrados em um livro de registro e em os prontuários médicos, não existindo um arquivo específico e por tanto revisão sistemática dele. Atividades de educação para a saúde de mulheres da população alvo são realizadas no âmbito da UBS e fora também, quando assistem a consulta por qualquer motivo, nas vistas a domicilio, em reunião de grupo uma vez por mês, se oferecem palestras em escolas e outros espaços comunitários donde participa médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, Agentes comunitárias de Saúde (ACS) as que moram na comunidade e tem um conhecimento, mas real e atual da situação destas mulheres.

No mês de Outubro realiza-se o Programa Outubro Rosa para durante o mês todo, um dia por semana de 17:00 horas a 22:00 horas para fazer coleta de Citopatológico para Câncer de colo de útero e mamografia em mulheres que trabalham ou por outras razões não podem assistir a controle em horário normal de trabalho da UBS.

Os profissionais que se dedicam ao planejamento gestão, coordenação, avaliação e monitoramento do programa são: Médico, Enfermeiro e Secretaria de Atenção Básica de Saúde, mais as reuniões não tem uma periodicidade definida, não se produzem relatórios e menos ainda um intercambio dinâmico para baseado em os dados existentes melhorar o sistema de Trabalho.

Foi possível preencher o Caderno das Ações Programáticas com os dados solicitados usando os Prontuários clínicos, Livro registro de exames Citopatológico e SISCOLO. O SISCOLO registra exames realizados e não estabelece conexão com os sucessivos exames. Assim, o sistema disponível não permite identificar as mulheres que estão em falta com o rastreamento para chamá-las a repetir ou fazer pela primeira vez os exames. Uma consequência direta disso é que o programa de rastreamento vigente não tem controle sobre quem está fazendo os exames e tampouco sobre o intervalo em que os exames têm sido realizados. Esse cenário é típico de um programa oportunístico, ou seja, as normas vigentes não são seguidas, pois a maioria das mulheres realiza exames quando procura os serviços de saúde

por alguma outra razão. A consequência óbvia é que há um contingente de mulheres super-rastreadas e outras em falta com os controles.

Em nossa UBS ocorre algo similar: O sistema SISCOLO para seguimento do câncer de colo não permitiu obter todos os dados todos que precisamos, cumpre-se com o seguimento de algumas mulheres da população alvo, mais uma vez remetidas ao outros níveis do sistema de saúde se perde a referencia de elas, na UBS não existe um sistema de registro seguimento adequado, um enfermeiro leva os dados em um caderno por vários anos para os resultados dos exames. Em quanto aos encaminhamentos às especialidades de referência não temos nenhuma dificuldade, mais contra referência só temos das usuários que são encaminhadas e seguidas em nossa UBS do resto não temos retroalimentação.

O estimado de mulheres em fase etária de 25 a 64 anos do CAP é menor que o real existente em nossa área e não permite preencher o dado real das mulheres desta faixa etária. Além disso, os dados não coincidem com a população alvo ou quedam embaixo porque não todas as mulheres realizam seguimento na UBS, muitas delas preferem o setor privado de saúde onde a atenção é segundo referem mais rápida e de melhor qualidade.

A estimativa de mulheres entre 25 e 64 anos residente na área é de 1511 e o número real de mulheres para esta faixa etária é 983 para um 65% de cobertura e os indicadores de qualidade avaliados são: Número de mulheres com: Exame citopatológico para câncer de colo de útero em dia: 323 (33%); Exame citopatológico para câncer de colo de útero com mais de 6 meses de atraso: 128 (13%); Exame citopatológico para câncer de colo de útero alterado: 23 (2%); Com avaliação de risco para câncer de colo de útero: 323 (33%); Com orientação sobre prevenção de CA de colo de útero: 323 (33%); Com orientação sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis: 323 (33%); Com exames coletados com amostras satisfatórias: 319 (32%); Com exames coletados com células representativas da junção escamocolumnar: 0% Não tenho forma de obter este dado.

Nossa forma de registro permitiu o preenchimento do Caderno de Ações Programáticas com algumas dificuldades já relatadas com anterioridade, minha avaliação da cobertura e dos indicadores da qualidade é bem deficiente porque não existem registros adequados para o seguimento, não existe cobertura total da população alvo por diferentes motivos.

Acho que os aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade do Controle do Câncer de Colo de Útero em nossa UBS são vários: Primeiro adotar de um sistema de informação adequado para o seguimento e monitorização; Fazer estratégias para captar um número maior de mulheres que realizam o preventivo no sistema SUS; Melhorar a qualidade da atenção e a rapidez em obter os resultados dos exames; Definir a periodicidade das reuniões e das atividades de planificação, avaliação, e relatórios do programa.

Em quanto ao câncer de mama os profissionais de saúde da UBS realizam ações para o controle do peso corporal das mulheres da área de cobertura e de estímulo à prática regular da atividade física em cada consulta o espaço que seja possível, são realizadas ações que orientam sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool, tabagismo e são feitas ações de educação da mulher para o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama, às ações de rastreamento do câncer de mama (exame clínico de mamas e /ou solicitação de mamografia) são praticadas em só 3 dias da semana existindo duas mulheres de fora da área de cobertura que realizam seguimento na UBS.

Todos profissionais aproveitam o contato com as mulheres para investigar a necessidade de realização de pesquisa do câncer de mama, utilizam-se os dois tipos de rastreamento: Oportunístico e organizado o que permite uma maior cobertura e flexibilidade. O protocolo de prevenção do câncer de mama que se usa em nossa UBS é do Ministério de Saúde publicado no ano 2013 (2), e os profissionais que com mas frequência os utilizam são: Médico e enfermeiro.

Os profissionais de saúde só investigam os fatores de risco para o câncer de mama nas mulheres que realizam as ações de rastreamento em nossa UBS e às vezes na comunidade. Nos últimos três anos 12 mulheres foram identificadas com mamografia alterada e todas foram acompanhadas de acordo com o protocolo do MS.

Os resultados dos exames dos atendimentos às mulheres que realizam mamografia são registrados em um livro de registro e em os prontuários médicos, não existindo um arquivo específico e por tanto revisão sistemática dele. Atividades de educação para a saúde de mulheres da população alvo são realizadas no âmbito da UBS e fora também, quando assistem a consulta por qualquer motivo, nas vistas a domicilio, em reunião de grupo uma vez por mês, se oferecem palestras em

escolas e outros espaços comunitários donde participa Médico, Enfermeiro, Técnico de enfermagem, Agentes comunitárias de Saúde. No mês de Outubro realiza-se o Programa Outubro Rosa para durante o mês todo, um dia por semana de 17:00 horas a 22:00 horas para fazer coleta de Citopatológico para Câncer de colo de útero e mamografia em mulheres que trabalham ou por outras razões não podem assistir a controle em horário normal de trabalho da UBS.

Os profissionais que se dedicam ao planejamento gestão, coordenação, avaliação e monitoramento do programa são: Médico, Enfermeiro e Secretaria de Atenção Básica de Saúde, mais as reuniões não tem uma periodicidade definida, não se produzem relatórios e menos ainda um intercambio dinâmico para baseado em os dados existentes melhorar o sistema de Trabalho.

Para o câncer de mama não existe um sistema que permita obter todos os dados que precisamos, cumpre-se com o seguimento de algumas mulheres da população alvo, mais uma vez remetidas ao outros níveis do sistema de saúde se perde a referencia de elas, na UBS não existe um sistema de registro seguimento adequado, um enfermeiro leva os dados em um caderno por vários anos para os resultados dos exames.

Foi possível preencher o Caderno das Ações Programáticas com os dados solicitados usando os Prontuários clínicos, Livro registro de mamografias e algum dado obtido do SISCOLO, como se falou ontem não existe sistema estadístico para esta ação preventiva de saúde. Repete-se aqui que os dados não coincidem com a população alvo ou quedam embaixo porque não todas as mulheres realizam seguimento na UBS, muitas delas preferem o setor privado de saúde onde a atenção é segundo referem mais rápida e de melhor qualidade.

Número real de mulheres entre 50 e 69 anos estimado pelo CAP residentes na área é: 566 e o real são: 913 e o 100% de elas acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de mama. Os indicadores de qualidade avaliados foram os seguintes: Número de mulheres com - Mamografia em dia: 380; Mamografia com mais de 3 meses em atraso: Não temos jeito de obter este dado; Avaliação de risco para câncer de mama: Não temos jeito de obter este dado; Orientação sobre prevenção do câncer de mama: 380.

Minha avaliação da cobertura e dos indicadores da qualidade é bem deficiente porque não existem registros adequados para o seguimento, não existe cobertura total da população alvo por diferentes motivos. Acho que os aspectos do

processo de trabalho que poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade do Controle do Câncer de Colo de Útero em nossa UBS são vários: Primeiro dotar de um sistema de informação adequado para o seguimento e monitorização; Fazer estratégias para captar um número maior de mulheres que realizam o preventivo no sistema SUS; Melhorar a qualidade da atenção e a rapidez em obter os resultados dos exames; Definir a periodicidade das reuniões e das atividades de planificação, avaliação, e relatórios do programa.

Respeito á organização do atendimento à demanda das ações programáticas de saúde para adultos com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) em nossa UBS são realizadas ações de orientação de hábitos alimentares saudáveis para os portadores e também ações para o controle do peso corporal, estímulo à prática regular da atividade física, orientações sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool e tabagismo. Não se realizam atendimentos de hipertensos e diabéticos todos os dias da semana só em cinco dias deles e em todos os turnos. Não existido adultos de fora da área de cobertura da UBS que realizem atendimentos para estas doenças.

Os atendimentos dos hipertensos e diabéticos são feitos por a maioria da Equipe de Saúde familiar: Enfermeiro, Médico de Família, Técnico / auxiliar de enfermagem, Educador Físico, Nutricionista, Psicóloga, Farmacêutica. Mais os usuários não saem com a próxima consulta agendada, saem com a data da Reunião de Grupo mais próxima, por não existir um seguimento programado e individualizado para cada um de eles. Existe oferta de atendimento para adultos com problemas de saúde agudos devido a HAS e DM, não existindo excesso de demanda para este tipo de atendimento, todos os casos que concorrem são da área de cobertura da UBS.

Os protocolos de atendimento que temos e usamos os profissionais que oferecemos atendimentos aos hipertensos e diabéticos na UBS são os do Ministério da Saúde (3-4) Sendo desenvolvidas todas as ações propostas para o cuidado destes usuários, excetuando o diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal. Os profissionais utilizam protocolos para a classificação, estratificação de risco cardiovascular e para regular o acesso a outros níveis do sistema de saúde dos portadores de HAS e DM. Sendo registrados os atendimentos em Prontuário clínico, Ficha-espelho de vacinas, Ficha de atendimento nutricional. Não existido um arquivo específico para os atendimentos nem revisão periódica deles. Existe o

Programa HIPERDIA do Ministério da saúde, os responsáveis pelo cadastramento e envio dos cadastros à Secretaria Municipal de saúde são enfermeiro e administrativo da Secretaria.

As atividades de saúde com grupos de adultos são realizadas no âmbito da UBS e em outros espaços comunitários. O número de grupos é 8 para HAS e 4 para DM, são realizados a mesma quantidade de Reuniões de Grupo por mês com uma assistência de 73,35 % dos hipertensos e 86,53% dos diabéticos cadastrados na UBS, sempre explica se como reconhecer sinais de complicações da DM, é importante ter em conta que os grupos em sua maioria são muito numerosos o que atenta contra desenvolvimento do processo de trabalho, voltando as atividades em toma de pressão arterial, exame de glicose e distribuição de remédios. Dos profissionais que participam nas atividades de grupo de adultos com HAS/DM nenhum deles se dedica ao planejamento, gestão, avaliação, monitoramento, coordenação das ações de saúde ou realizam reuniões ou relatórios.

As fontes de dados utilizadas pelos profissionais para realizar algumas ações de avaliação e monitoramento das ações dispensadas aos hipertensos e diabéticos foram: SIAB, HIPERDIA, Prontuário de atendimentos.

Em relação à DM/HAS nossa forma de registro permitiu o preenchimento de algumas partes do Caderno de Ações Programáticas sub todo aquelas que se referem a: Realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico; Atraso da consulta agendada em mais de 7 dias; Exames complementares periódicos em dia; Orientação sobre prática de atividade física regular; Orientação nutricional para alimentação saudável; Não assim com a avaliação de saúde bucal em dia por que não existem registros e não se programa este tipo de atendimento para os diabéticos.

A estimativa do número de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área não parece adequada à realidade de nossa UBS, a estimativa é de 351 e só 104 são cadastrados, um terço a menos, devemos considerar que nem todos os diabéticos da área estão cadastrados, um número x deles não fazem atendimentos ou seguimento em nossa área por diversos motivos.

Com realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico foi impossível porque não se aplica a estratificação deste tipo de risco. Com atraso da consulta agendada em mais de 7 dias o mas é impossível de conhecer não existe uma forma de registro que o permita. Com exames complementares periódicos em

dia, exame físico dos pés nos últimos 3 meses, palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso, medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses não timos dificuldade, também no com a orientação sobre prática de atividade física regular e a orientação nutricional para alimentação saudável.

Com avaliação de saúde bucal em dia não foi possível por que não existem registros e não se programa este tipo de atendimento para os diabéticos. Os poucos indicadores de qualidade avaliados foram os seguintes: Com realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico: 0 (0%); Com atraso da consulta agendada em mais de 7 dias: 0 (0%); Com exames complementares periódicos em dia: 78 (75%); Com exame físico dos pés nos últimos 3 meses: 90 (87%); Com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos 3 meses: (87%); Com medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses: 90 (87%); Com orientação sobre prática de atividade física regular: 90 (87%); Com orientação nutricional para alimentação saudável: 90 (87%); Com avaliação de saúde bucal em dia: 90 (87%); A estimativa do número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área não parece adequada à realidade de nossa UBS, a estimativa é de 1228 e o real é 688 menos que a metade, deveria se considerar que não todos os hipertensos da área estão cadastrados, um número desconhecido de eles não fazem atendimentos ou seguimento em nossa área por diversos motivos e deve existir um número alto de hipertensos sem identificar.

Os indicadores de qualidade avaliados foram os seguintes: Realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico: 490 (73%); Atraso da consulta agendada em mais de 7 dias: 0(0%); Exames complementares periódicos em dia: 520 (78%); Orientação sobre prática de atividade física regular: 490 (73%); Orientação nutricional para alimentação saudável: 490 (73%); Avaliação de saúde bucal em dia: 0 (0%). As fontes de dados que foram utilizadas para preencher as informações do Caderno das Ações Programáticas: Prontuário clínico; Ficha-espelho de vacinas; Ficha de atendimento nutricional; SIAB; HIPERDIA.

Nossa avaliação da cobertura de HAS/DM é deficiente embora que se cumprem com a maioria das ações propostas pelo Ministério de Saúde, não temos forma de conhecer a quantidade real de hipertensos e diabéticos da área, só conhecemos os que têm seguimento pelos programas da UBS. São vários os aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção HAS/DM:

Estimular a realização de atividades de rastreamento para DM e HAS com o fim de cadastrar a maior quantidade possível de doentes; Implantar de forma contínua a classificação de risco cardiovascular para todos os portadores de DM e HAS, personalizar a atenção de acordo com esta classificação e manter um registro dos atendimentos de forma que permita fazer um seguimento contínuo que os usuários conheçam depois dos atendimentos a data da próxima consulta com indicação dos exames laboratoriais; Em quanto às reuniões de grupo diminuir a quantidade de participantes para poder abordar com tempo as questões relacionadas com a educação em saúde; Integrar e programar os cuidados odontológicos das pessoas com problemas de saúde por DM e HAS com um registro que permita dar um seguimento contínuo.

Também nossa UBS são realizados atendimentos de idosos, mais não todos os dias da semana, só em 5 deles e em todos os turnos. Não existindo idosos de fora da área de cobertura da UBS que demandem de atendimentos. Os atendimentos das pessoas idosas são feitos pela maioria dos integrantes da equipe de saúde: Assistente Social, Educador Físico, Enfermeiro, Médico Família, Nutricionista, Odontólogo, Psicólogo, Técnico / auxiliar de enfermagem. Temos demanda para atendimento de idosos com problemas de saúde agudos, sendo todos eles de nossa área de abrangência e não existe excesso de demanda para este tipo de atendimento.

O protocolo de atendimento para idosos que existe em nossa UBS é do Ministério da Saúde publicado no ano 2006 (5) e é usado pelos seguintes profissionais: Enfermeiro, Médico Família, Nutricionista, Psicólogo, Técnico / auxiliar de enfermagem.

A maioria das ações propostas pelo MS é desenvolvida na UBS, mais não são feitas de maneira sistemática. As que mais se realizam são: Promoção da atividade física, Promoção de hábitos alimentares saudáveis, Diagnóstico e tratamento da obesidade, Promoção da saúde mental, Diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, Promoção da saúde bucal, Imunizações. Os protocolos utilizados pelos profissionais da UBS para regular o acesso dos idosos a outros níveis do sistema de saúde são os de: Encaminhamento para atendimento nas especialidades; Encaminhamento para internação hospitalar.

Os atendimentos dos idosos são registrados em: Prontuário clínico; Ficha de atendimento odontológico; Ficha de atendimento nutricional; Ficha-espelho de

vacinas. Não existindo nenhum arquivo específico para os registros do atendimento dos idosos, pelo que não é revisado periodicamente. Os profissionais de saúde da UBS não avaliam a Capacidade Funcional Global do idoso por ocasião do exame clínico de forma rotineira, só se for preciso. Mais sim explicam ao idoso ou seus familiares como reconhecer sinais de risco relacionados aos problemas de saúde de maior prevalência, tais como a HAS, DM e Depressão.

Na UBS não existe caderneta de saúde da pessoa idosa, pelo que não se utiliza e não é solicitada nem preenchida na consulta ou em outras atividades. Existe o Estatuto do Idoso mais não temos conhecimento se existe algum Programa de atenção ao idoso implantado. Nenhum profissional da equipe de saúde da UBS realiza atividades com grupos de idoso, só às ACS e Preparador Físico, às vezes.

A visita domiciliar se realiza de forma rotineira uma vez por semana em horário da tarde e pode ser a solicitude das ACS, dos familiares ou programadas para os grupos de idosos com mais alto risco, tais como os que apresentam risco de quedas, acamados prolongados ou problemas psiquiátricos. Não se realizam atividades de grupo na UBS ou em outros espaços organizadas pelos profissionais da ESF.

Existem 7 grupos em toda área de abrangência da UBS, estes são liderados pelo departamento de Assistência Social que são os que coordenam as atividades e estão mais bem focados à atividade física e recreação não muito saudável (Bailão e comidas típicas da região gaúcha) e não gostam da presença de pessoal de saúde em suas reuniões. Não existem profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação das ações dispensadas aos idosos, nem são realizadas reuniões, também não temos profissionais que se dediquem à avaliação e ao monitoramento das ações dispensadas aos idosos ou que produzam relatórios. As fontes dados que são utilizados pelos profissionais para realizar algumas avaliações ou monitoramento das ações dispensadas aos idosos foram: SIAB; HIPERDIA; Prontuários Clínicos.

O Caderno das Ações Programáticas só foi possível preencher com os dados de HAS/DM, com o resto não foi possível: Caderneta de saúde da pessoa idosa; Avaliação Multidimensional Rápida em dia; Acompanhamento em dia; Acompanhamento mais de 3 meses em atraso; Avaliação de risco para morbimortalidade; Investigação de indicadores de fragilização na velhice; Orientação

nutricional para hábitos alimentares saudáveis; Orientação para atividade física regular; Avaliação de saúde bucal em dia.

Nossa forma de registro não permitiu o preenchimento de boa parte do Caderno de Ações Programáticas, no existe nenhum arquivo o registro específico para os atendimentos, seguimento e avaliação de este grupo.

A estimativa do número de idosos residentes na área, disponível na lista de denominadores na tela inicial do Caderno de Ações Programáticas não é adequada a nossa realidade, pelo CAP a estimativa é de 750 para as pessoas com 60 ou mais anos e a realidade é que temos um total de 1189 pessoas com 60 ou mais anos, um pouco mais que o dobro. O que não permite preencher esta parte do caderno por ser superior o numero de pessoas com 60 ou mais anos (o número de acompanhados não pode ser maior de que número estimado de residentes) nesta situação se repete em vários itens por ser nossa população pouco numerosa, tendo em conta que nosso município é pequeno e com uma população envelhecida.

Minha avaliação da cobertura de Saúde da Pessoa Idosa encontrada é deficiente embora de que se cumprem com algumas das ações propostas pelo Ministério de Saúde. Os poucos indicadores da qualidade da atenção à Saúde da Pessoa Idosa a maioria não podem ser avaliados por não existir uma forma de registro que o permita, além de que é impossível conhecer se realizam as ações sistematicamente.

São muitos os aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção aos idosos em nossa UBS: Programar que todos os profissionais de saúde da UBS que oferecem atendimentos a pessoas idosas façam á avaliação da Capacidade Funcional Global do idoso; Criar um arquivo específico para as pessoas idosas que possibilite a revisão periódica e avaliação das ações de saúde; Implantar o uso da caderneta de saúde da pessoa idosa em consulta ou em qualquer atividade; Sistematizar e realizar de maneira rotineira todas as ações de saúde propostas para as pessoas idosas; Criar ou incorporar os membros da Equipe ESF aos grupos que já existem; Designar algum profissional para a revisão, avaliação e planejamento das ações de saúde das pessoas idosas como recomenda o ministério de saúde.

Em relação à Saúde Bucal a capacidade instalada para prática clínica em minha UBS é de 40 horas para cada um dos Odontólogos e para ações coletivas

não sabemos quantas porque estas não se realizam sistematicamente só algumas vezes.

Nossa forma de registro não permitiu o preenchimento do Caderno de Ações Programáticas, só temos as fichas de atendimentos diários dos Odontólogos e tiram que fazer a revisão de elas dos últimos 12 meses, trabalho difícil de mais.

Minha avaliação da média de procedimentos clínicos por habitante/mês em minha UBS em relação a capacidade instalada e em relação ao preconizado pelo Ministério da Saúde é de muito deficiente porque foi impossível obter os dados solicitados do Caderno de Ações Programáticas em quanto a: Atenção à primeira consulta odontológica programática em grupos populacionais prioritários (pré-escolares, escolares, gestantes e idosos); Ações coletivas em grupos populacionais prioritários (pré-escolares, escolares, gestantes e idosos).

Além de isso, os odontólogos fazem mais de 8 turnos por semana com uma média estimada por eles de mais de 10 a 12 atendimentos por turnos de 8 horas e a quantidade de procedimentos superior a 2, o que foi impossível de confirmar. Todo isso porque não cumpre se com o que prevê a Política Nacional de Saúde Bucal de carga horária para ações coletivas e reuniões.

Tendo em conta que nossa população é pequena não existe excesso de atendimentos não programados e não temos reclamação da população em relação ao tempo empregado em ações coletivas por que não se fazem.

Baseado no pranteado na parte de Saúde Bucal do CAP, as perguntas sobre saúde bucal existente nos questionários sobre cada uma das ações programáticas, a apresentação sobre Monitoramento em Saúde Bucal e a leitura do Caderno do MS, em nossa UBS deve se planejar o sistema todo de Saúde Bucal, com a participação não só dos odontólogos, se não com a participação da equipe de saúde toda:

Dotar de um sistema de registro que permita aos membros da equipe de saúde ter cadastrados todos os usuários que precisem atenção de saúde bucal de forma prioritária e daí fazer a programação de atendimentos, para que a maioria dos atendimentos seja programada e não espontâneos, que os odontólogos façam um uso racional e sistemático da carga horária para ações coletivas e reuniões, a Secretaria de Saúde e o Governo do Município contribuam sistematizar as mudanças propostas.

Os melhores recursos que nossa UBS apresenta são os seguintes:

- É um município pequeno e em correspondência a população e pequena.
- Consta com a estrutura física da UBS e os recursos humanos que precisa (Duas Equipes de ESF, Duas Equipes Odontológicas, NASF, Assistência Social).
- Cobertura total de insumos e medicamentos.
- Possibilidades de transportação para encaminhamentos, atividades de visita domiciliar, recate.
- A maioria das ações de saúde proposta pelo Ministério de Saúde é realizada ainda com suas dificuldades.
- Cooperação no cumprimento das atividades pela Secretaria de Saúde e Governo Municipal.
- Vontade de fazer e fazer bem às ações e programas do Ministério de Saúde pelos profissionais e diretivos de Saúde a Comunidade.

Os maiores desafios que deve enfrentar nossa UBS são:

- Enquanto a estrutura é um prédio bem antigo reformado onde existem barreiras arquitetônicas e outras que afeitam o processo de trabalho.
- Precisa se de uma forma de registro que permita oferecer seguimento, programação e retroalimentação para toda população.
- Sistematizar em todo âmbito o uso da documentação dos doentes e as classificações de risco.
- Dotar às Equipes Odontológicas de sistemas de registro, programação, acompanhamento, incorpora-los á dinâmica de funcionamento das Equipes de ESF.
- A falta de recursos econômicos e de gestão de todas as pessoas e organizações governamentais ou não responsáveis de gestar e promover ações de saúde.
- A UBS não consta com serviços de Raios X, as consultas com especialidades básicas devem ser feitas fora do município.

A estimativa e distribuição da população por sexo e faixa etária não parece de concordo em muitos itens com a distribuição real da população de nossa área de

abrangência comparada com a estimada em base na distribuição brasileira mais, se aproxima em muitos aspectos, a seguir numeramos as mais significativas:

- Mulheres em idade fértil 10-49 anos: 1703... Real da UBS 1183(menos 520)
- Mulheres entre 25 e 64 anos: 1511... Real da UBS 983(menos 528)
- Mulheres entre 50 e 69 anos: 566... Real da UBS 913(mais 347)
- Gestantes na área - 1,5% da população total: 82.41... Real da UBS 16 gestantes para um 0.72% da população.

Todo isso indica que a população feminina de nossa área de abrangência esta envelhecida com uma baixa significativa do numero de mulheres em idade fértil o que tem como consequência um número baixo de gestações (0.72%) muito por embaixo de 1.5% da população total como propõe o caderno e poucos nascimentos.

- Menores de 1 ano:66 Real da UBS 55 (mais 10)
- Menores de 5 anos:132 Real da UBS 151(mais 19)

Segundo a revista Brasileira de Hipertensão (6) o 30% da população brasileira é Hipertenso e segundo o Plano de Reorganização da Atenção á Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, Estudo multicêntrico de prevalência DM tipo II no Brasil.MS, a prevalência de Diabetes Mellitus em a população brasileira é de 7.6% aproximadamente.

Nestes itens comparado com os dados para a população brasileira, existe uma diferença bem significativa com nossa área de abrangência onde a prevalência e bem baixa com um 13.3% para a Hipertensão arterial e um 2.8% para a Diabetes Mellitus. Em alguns itens do CAP foram impossível de fazer por ter uma população pequena e não existir coincidência com a estimativa (o número de acompanhados na UBS para o CAP não pode ser maior de que o número estimado de residentes).

Em quanto à aplicação dos questionários percebe-se que a maioria são longo de mais e repetitivos, além disso, foram de muito úteis para todas as Equipes de ESF e para a Secretaria de Saúde porque se fiz a revisão da maioria dos aspectos da estrutura, processo de trabalho, sistemas de registro, planejamento, gestão, o que possibilito discussões e debates que enriqueceram nosso trabalho.

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

Em quanto á situação da ESF/APS em nosso serviço avaliada nas primeiras semanas comparado com neste relatório existem muitas diferenças sob todo porque este relatório é mais completo e abarcador, oferecendo uma percepção mais ampla da UBS, no só em quanto à estrutura e equipamentos também tendo em conta os processos de trabalho, engajamento público, estrutura da população e avaliação dos índices de qualidade da atenção de saúde ofertada, isso permite ter uma visão global e dinâmica da UBS como um todo com seus acertos e desacertos, dai planeamos as estratégias de intervenção para mudar e influenciar de forma positiva ás ações de saúde com único fim de melhorar os indicadores de saúde e qualidade da atenção de saúde da população.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A longevidade é, sem dúvida, um triunfo. Há, no entanto, importantes diferenças entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento. Enquanto, nos primeiros, o envelhecimento ocorreu associado às melhorias nas condições gerais de vida, nos outros, esse processo acontece de forma rápida, sem tempo para uma reorganização social e da área de saúde adequada para atender às novas demandas emergentes. (5) É de conhecimento e aceitação geral que com os avanços das Ciências Médicas e de todos a ramos do saber, a Indústria, a Economia nos últimos séculos os avanços em matéria de saúde são grandes o que trouxe aparelhado uma inversão dos quadros de mortalidade, antes com predomínio das doenças infectocontagiosas afetando muitas vidas, hoje com aumento do número de pessoas idosas, que a cada dia são mais representativas da sociedade, com os problemas próprios do envelhecimento e a alta frequência de portar uma ou mais doenças o que faz que as Políticas de Saúde e os Profissionais de Saúde centrem sua atenção neste grupo etário que precisa de atenção integral e diferenciada para dotá-los de uma existência com a maior qualidade de vida. (5)

A UBS do município Doutor Maurício Cardoso, RS, atende a uma população de 4.796 habitantes, destes 2.360 do sexo masculino e 2.436 do sexo feminino, segundo o SIAB. A equipe é constituída por médico, dentista, enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, técnico em higiene bucal e cinco ACS. Segundo o SIAB, tem-se 1189 pessoas com 60 anos ou mais, já o Caderno de Ações Programáticas disponibilizado pelo curso 750 pessoas idosas na área. Na UBS são realizados atendimentos de idosos, os cinco dias da semana que a UBS permanece aberta. Pela falta de registro, não sabemos o total da população alvo que é seguida na UBS, só sabemos daqueles que são portadores de doenças crônicas ou que precisam atendimento por outras razões. Os atendimentos das pessoas idosas são feitos pela maioria dos integrantes da equipe de saúde: Assistente Social, Educador Físico, Enfermeiro, Médico Família, Nutricionista, Odontólogo, Psicólogo, Técnico / auxiliar de enfermagem e protocolo de atendimento para idosos que existe é do Ministério

da Saúde publicado no ano 2006. (5) A qualidade da atenção à saúde desta população é deficiente embora de que se cumprem com algumas das ações propostas pelo Ministério de Saúde. Os indicadores de qualidade da atenção à Saúde da Pessoa Idosa não podem ser avaliados, é impossível conhecer se realizam as ações sistematicamente. Algumas das ações de promoção em saúde que já são desenvolvidas são as seguintes:

- Avaliação da Capacidade Funcional Global do idoso por ocasião do exame clínico quando é preciso,
- Explicação ao idoso ou seus familiares como reconhecer sinais de risco relacionados aos problemas de saúde de maior prevalência, tais como a HAS, DM e Depressão,
- Orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis,
- Orientação para atividade física regular,
- Orientação de saúde bucal em consulta,
- Visita domiciliar sem programação para idosos com mais alto risco, tais como os que apresentam risco de quedas, acamados prolongados ou problemas psiquiátricos.

As equipes de ESF estão conscientes da importância e da repercussão positiva que vai ter a realização deste projeto da intervenção na saúde das pessoas idosas enquanto a sua qualidade de vida e estão em disposição de realizar seu maior esforço, mais existem algumas condições que não dependem de eles e sim da Secretaria e Governo Municipal.

As principais dificuldades e limitações existentes são:

- Não existência de Caderneta de saúde da pessoa idosa,
- Não existência de registro, cadastro das pessoas idosas,
- Não programação de consultas ou Acompanhamento em dia.
- Não avaliação Multidimensional Rápida em dia.
- Não avaliação de risco para morbimortalidade ou investigação de indicadores de fragilização na velhice.
- Não avaliação de saúde bucal em dia.

Alguns aspectos poderiam viabilizar a realização da intervenção tal como a presença de as duas equipes de ESF com todo seu pessoal completo, disposição e vontade dos profissionais em levar a termino este projeto que sem nenhuma dúvida contribuirá a uma maior e melhor inserção deste grupo etário.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde do idoso UBS Doutor Maurício Cardoso. Doutor Maurício Cardoso /RS

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do programa de saúde do idoso.

Meta:

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

Objetivo 2 .Melhorar a qualidade da atenção.

Meta:

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

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

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

2.4 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.

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

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

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

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

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

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

Objetivo 3: Melhorar a adesão dos idosos ao programa de saúde do idoso.

Meta:

3.1 Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta:

4.1 Manter registro específico das pessoas idosas.

4.2 Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa aos idosos cadastrados.

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

Meta:

5.1 Rastrear as pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

5.2 Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice nas pessoas idosas.

5.3 Avaliar a rede social das pessoas idosas.

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos.

Meta:

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade Básica de Saúde (UBS), Doutor Maurício Cardoso/RS, no Município Doutor Maurício Cardoso/RS. Participarão da intervenção os idosos (60 ou mais anos) pertencentes à área de abrangência da UBS. Os protocolos a ser utilizados são os do Ministério de Saúde sobre Saúde Bucal, (6) Envelhecimento e Saúde da pessoa idosa. (5) E a formas de registro as proporcionadas pelo Curso da Especialização: Ficha Espelho (Anexo A), planilha de Coleta de Dados .(Anexo B)

2.3.1 Detalhamento das ações

Ações

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do programa de saúde do idoso.

Meta: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 100% dos idosos.

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

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

Detalhamento da ação: Médico e Enfermeira farão revisão mensal dos registros das pessoas idosas em acompanhamento na UBS e calcularão o indicador de cobertura.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

1. Acolher todos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde.
2. Cadastrar todos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde.
3. Atualizar as informações do SIAB.

Detalhamento das ações: A unidade de saúde será porta aberta para o acolhimento dos idosos em todos os turnos de atendimento e por todos os profissionais da UBS. As ACS cadastrarão os idosos da área de abrangência da UBS. Mensalmente as informações referentes aos idosos serão repassadas ao SIAB.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

1. Esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde.
2. Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde.

Detalhamento das ações: Serão realizadas reuniões com a comunidade para esclarecê-los sobre a importância do que os idosos realizem acompanhamento periódico na unidade de saúde, sobre as facilidades de realizá-lo nela e informá-

los sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso na UBS. Responsável médico.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

1. Capacitar a equipe no acolhimento aos idosos.
2. Capacitar os ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço.
3. Capacitação da equipe da unidade de saúde para a Política Nacional de Humanização.

Detalhamento das ações: Serão capacitados na reunião do fechamento do mês todos os integrantes das Equipes de Saúde Familiar e ACS para o acolhimento e a busca ativa dos idosos que não estão realizando acompanhamento na UBS. Todos os integrantes das equipes de Saúde Familiar serão capacitados e atualizados sobre a Política Nacional de Humanização antes da intervenção.

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

Metas:

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. 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.
3. Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.
4. Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos
5. Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

6. Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.
7. Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).
8. Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM).
9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.
10. Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

1. Monitorar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos mensal em todos idosos acompanhados pela unidade de saúde.
2. Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade de saúde.
3. Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com protocolo adotado na unidade de saúde.
4. Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada.
5. Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular / Hiperdia.
6. Monitorar o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.
7. Monitorar realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção.
8. Monitorar o número de idosos submetidos a rastreamento para HAS, periodicamente.
9. Monitorar número idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM, periodicamente.
10. Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de idosos.

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

Detalhamento das ações: Médico e Enfermeira farão revisão mensalmente dos registros das pessoas idosas em acompanhamento na UBS e calcularão os seguintes indicadores:

1. Proporção dos idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.
2. Proporção dos idosos com exame clínico apropriado em dia.
3. Proporção dos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.
4. Proporção dos hipertensos e/ou diabéticos com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada.
5. Proporção dos idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.
6. Cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.
7. Proporção dos idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.
8. Rastreamento e cadastro dos idosos para hipertensão na última consulta.
9. Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.
10. Proporção dos idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.
11. Proporção dos idosos com a primeira consulta odontológica programática.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

1. Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropômetro, Tabela de Snellen...).
2. Definir as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos.
3. Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento das ações: Serão garantidos os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida nos idosos por parte do Gestor Municipal de Saúde antes do primeiro mês da intervenção. Na reunião da equipe serão definidas e esclarecidas às funções e atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos, definidas e esclarecidas às funções e atribuições de cada profissional da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos. Responsável: Gestor Municipal de Saúde, medico.

4. Garantir busca a idosos que não realizaram exame clínico apropriado.
5. Organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.
6. Garantir a referência e contra-referência de usuários com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades.
7. Garantir a solicitação dos exames complementares.
8. Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Detalhamento das ações: Médico e Enfermeira farão revisão mensalmente dos registros das pessoas idosas em acompanhamento na UBS para obter o número de idosos que não realizaram exame clínico apropriado. Serão agendados como mínimo 2 vagas em cada turno de atendimento para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares. Serão feitos contatos com o Gestor Municipal para aprontar e priorizar a realização dos exames complementares definidos no protocolo adotado pela UBS tanto assim como para garantir os pedidos de referência e contra-referência de usuários com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades. Em todas as consultas programadas e não programadas serão indicados os exames complementares. Responsável: Médico, Enfermeira, Gestor Municipal.

9. Estabelecer sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados.
10. Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
11. Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento das ações: Médico e Enfermeira farão revisão mensal dos registros na busca ativa de idosos que não tenham realizados os exames complementares preconizados para repassar esta informação as ACS. Mensalmente a Especialista em Farmácia em coordenação com a ESF e os registros SIAB e HIPERPEDIA terá atualizado e registrado as necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde e realizará mensalmente controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos. Responsável: Médico, Enfermeira, Especialista em Farmácia.

12. Garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa.
13. Organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção.
14. Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS.

Detalhamento das ações: Em coordenação com as ACS serão procurados e registrados todos os idosos acamados ou com problemas de locomoção e será feito um cronograma (agenda) para as visitas domiciliares deles. A Unidade de Saúde estará de portas abertas para o acolhimento das pessoas idosas portadores de HAS em todos os turnos de atendimento e por todos os profissionais da UBS. Responsável: Médico, Enfermeira, ACS.

15. Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.
16. Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM.

17. Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.
18. Criar sistema de alerta na ficha de acompanhamento para indicar o idoso que provavelmente terá que realizar o hemoglicoteste.

Detalhamento das ações: Será garantido com o Gestor Municipal de Saúde o material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde. A Unidade de Saúde estará de portas abertas para o acolhimento das pessoas idosas portadores de DM em todos os turnos de atendimento e por todos os profissionais da UBS. Será garantido com o gestor municipal de saúde o material adequado para a realização do hemoglicoteste na unidade de saúde. Médico e Enfermeira farão revisão pelo menos mensal dos Registros, Fichas espelho, na busca ativa de idosos que terão que realizar o hemoglicoteste e repassar esta informação as ACS. Responsável: Médico, Enfermeira, Gestor Municipal de Saúde.

19. Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde.
20. Monitorar a utilização de serviço odontológico por idosos da área de abrangência.
21. Oferecer atendimento prioritário aos idosos na unidade de saúde.

Detalhamento das ações: A Unidade de Saúde estará de portas abertas para o acolhimento das pessoas idosas em todos os turnos de atendimento e por todos os profissionais da UBS. O Dentista fará revisão mensalmente dos registros das pessoas idosas em acompanhamento na UBS, organizará a agenda de saúde bucal para os atendimentos e calculará o indicador utilização de serviço odontológico. A Unidade de Saúde estará de portas abertas para o acolhimento das pessoas idosas em todos os turnos e por todos os profissionais da UBS. Responsável: Médico, Dentista.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

1. Orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável.
2. Compartilhar com os usuários as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social.

Detalhamento da ação: Serão realizadas reuniões com a comunidade para orientá-los sobre a importância das avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável. A cada consulta serão analisadas e discutidas as condutas esperadas e se estimulará sobre a importância para a saúde destas ações. Responsável: Médico.

3. Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento da ação: Serão realizadas reuniões com os usuários e a comunidade para orientá-los em quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente para evitar complicações. Responsável: Médico.

4. Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.
5. Orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.
6. Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

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

Detalhamento das ações: Serão realizadas reuniões com os usuários e a comunidade para orientá-los em quanto: à necessidade de realização de exames complementares e à periodicidade com que devem ser realizados, ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso e informá-los sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da Unidade de Saúde. Responsável: Médico, Enfermeira.

8. Orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar.
9. Orientar a comunidade sobre a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados ou com problemas de locomoção.
10. Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS.

Detalhamento da ação: Serão realizadas reuniões com a comunidade para orientá-los sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar, a disponibilidade deste serviço e orientá-los sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS. Responsável: Médico.

11. Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica.
12. Orientar à comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM.

Detalhamento das ações: Serão realizadas reuniões com a comunidade para orientá-los sobre a importância do rastreamento para DM em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de

Hipertensão Arterial Sistêmica e os fatores de risco para o desenvolvimento de DM.

Responsável: Médico.

13. Informar a comunidade sobre a importância de avaliar a saúde bucal de idosos.
14. Informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de idosos e de sua importância para saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na Unidade de Saúde.
15. Esclarecer a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais.

Detalhamento das ações: Serão realizadas reuniões com a comunidade para orientá-los sobre: a importância de avaliar a saúde bucal de idosos e sobre o atendimento odontológico prioritário de idosos, de sua importância para saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na Unidade de Saúde e esclarecê-los sobre a necessidade da realização de exames bucais. Responsável: Médico, Dentista.

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

Detalhamento da ação: Serão realizadas reuniões com a comunidade para ouvir e recepcionar estratégias para captação de idosos para acompanhamento odontológico. Responsável: Médico, Dentista.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

1. Capacitar os profissionais para o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pela UBS.
2. Treinar a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida.
3. Treinar a equipe para o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas.

Detalhamento da ação: Na reunião do fechamento do mês serão capacitados todos os integrantes das Equipes de Saúde Familiar para o atendimento dos idosos de acordo com os protocolos adotados pela UBS, para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida e para o encaminhamento adequado dos casos que necessitarem de avaliações mais complexas. Responsável: Médico.

4. Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.
5. Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.
6. Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares.

Detalhamento das ações: Serão capacitadas as equipes de ESF para a realização de exame clínico apropriado, para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas e para seguir o protocolo adotado na UBS (O protocolo do SUS) para solicitação de exames complementares. Responsável: Médico.

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

Detalhamento da ação: Médico e enfermeira farão estudo dos manuais e cadernos do SUS para atualização no tratamento da hipertensão e/ou diabetes. Responsável: Médico, enfermeira.

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

Detalhamento da ação: Será capacitada a equipe de ESF para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Responsável: Médico, Técnica de Farmácia.

9. Capacitar os ACS para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência.
10. Orientar as ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.
11. Orientar os ACS para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar.

Detalhamento da ação: As ACS serão orientadas na reunião do fechamento do mês sobre: o cadastramento, identificação, acompanhamento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção e reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar de toda a área de abrangência. Responsável: Médico.

12. Capacitar a equipe da Unidade de Saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.
13. Capacitar a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

Detalhamento das ações: Será capacitada a equipe de ESF para a verificação da pressão arterial de forma criteriosa pelo método de korotkoff (5), incluindo uso adequado do manguito e para a realização do hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica. Responsável: Médico.

14. Capacitar a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em idosos.
15. Capacitar a equipe para realizar acolhimento do idoso de acordo com protocolo.

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

Detalhamento das ações: Será capacitada a equipe de ESF para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em idosos e para realizar acolhimento do idoso de acordo com protocolo adotado pela UBS, tanto assim como para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico. Responsável: Médico.

17. Capacitar os ACS para captação de idosos.

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

Detalhamento da ação: Serão capacitadas as ACS para a captação de idosos e o Cirurgião Dentista para a realização de primeira consulta odontológica programática para idosos. Responsável: Médico, Dentista.

Objetivo 3: Melhorar a adesão dos idosos ao programa de saúde do idoso:

Metas:

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

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

Detalhamento da ação: Médico e Enfermeira farão revisão mensalmente dos registros das pessoas idosas em acompanhamento no PSF e calcularam o

indicador: Proporção dos idosos faltosos às consultas e repassaram esta informação às ACS para a busca ativa deles.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

1. Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.
2. Organizar a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento da ação: Médico e Enfermeira em coordenação com as ACS farão um cronograma (agenda) para visitas domiciliares e a busca de faltosos e o PSF estará de portas abertas em todos os turnos para acolher aos idosos provenientes das buscas domiciliares. Responsável: Médico, Enfermeira, ACS.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

1. Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
2. Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos idosos (se houver número excessivo de faltosos).
3. Esclarecer os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento da ação: Serão realizadas reuniões com a comunidade para informá-los sobre: a importância da realização destas consultas para o envelhecimento saudável e melhor qualidade de vida, ouvir as propostas e/ou estratégias para garantir a presença dos idosos em consulta e esclarecê-los sobre a periodicidade preconizada pelo protocolo adotado na UBS para a realização das consultas. Responsável: Médico, Enfermeira.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

1. Treinar os ACS para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.
2. Definir com a equipe a periodicidade das consultas.

Detalhamento da ação: Serão treinadas as ACS para a orientação de idosos em quanto a realizar as consultas, sua periodicidade segundo o protocolo adotado na UBS e também será definida com a equipe de ESF a periodicidade das consultas segundo o protocolo adotado na UBS. Responsável: Médico, Enfermeira.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Metas:

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

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

Detalhamento da ação: Médico e Enfermeira farão revisão mensalmente dos registros das pessoas idosas em acompanhamento na UBS e calcularam os indicadores: Proporção dos idosos com registro na ficha de acompanhamento/espelho e Proporção dos idosos com a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

1. Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento da ação: Médico e Enfermeira farão revisão mensal dos registros e fichas espelho das pessoas idosas em acompanhamento no PSF para obter as informações que serão repassadas ao SIAB.

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

Detalhamento da ação: Será implantada para acompanhamento do atendimento aos idosos a planilha/registro específica adotada pela UBS. (Anexo A,B)

3. Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento da ação: Será pactuada com as equipes de ESF a forma em que serão registradas as informações.

4. Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento da ação: Médico e Enfermeira serão definidos como responsáveis pelo monitoramento dos registros.

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

Detalhamento da ação: Médico e Enfermeira farão revisão mensalmente dos registros, cronograma e agenda de consultas para detectar e alertar sobre atraso na realização de consulta de acompanhamento, de exame complementar e a não realização da Avaliação Multidimensional Rápida e dos demais procedimentos preconizados pelo protocolo adotado pela UBS.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

1. Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.
2. Orientar os idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção.

Detalhamento da ação: Serão realizadas reuniões com os usuários e a comunidade para orientá-los sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário, tanto assim como orientá-los sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção. Responsável: Médico, Enfermeira.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

1. Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos.
2. Capacitar a equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa.

Detalhamento da ação: As equipes de ESF serão treinadas no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos e para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa. Responsável: Médico, Enfermeira.

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

Metas:

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

Ações:**MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:**

1. Monitorar o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência.
2. Monitorar o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice.
3. Monitorar a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS.
4. Monitorar todos os idosos com rede social deficiente.

Detalhamento das ações: Médico e Enfermeira farão revisão mensal dos registros das pessoas idosas em acompanhamento na UBS e calcularam os seguintes indicadores:

1. Proporção dos idosos rastreados com avaliação de risco para morbimortalidade identificados na área de abrangência.
2. Proporção dos idosos com investigação de avaliação para fragilização na velhice.
3. Proporção dos idosos com avaliação de rede social em dia.
4. Proporção dos idosos com rede social deficiente.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

1. Priorizar o atendimento a idosos de maior risco de morbimortalidade.
2. Priorizar o atendimento dos idosos fragilizados na velhice.

Detalhamento da ação: A UBS estará de portas abertas em todos os turnos de atendimento e por todos os profissionais para acolher aos idosos de maior risco de morbimortalidade e fragilizados na velhice.

3. Facilitar o agendamento e a visita domiciliar aos idosos com rede social deficiente.

Detalhamento da ação: Todos os profissionais das equipes de ESF estarão prestos em todos os turnos para receber as solicitações de agendamento de consultas e de visita domiciliar aos idosos com rede social deficiente.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

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

Detalhamento da ação: Médico e Enfermeira orientarão aos idosos e familiares sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco em consultas e visitas domiciliares.

2. Orientar os idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente.
3. Orientar os idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde.

Detalhamento das ações: Serão realizadas reuniões com os idosos fragilizados e a comunidade para orientá-los sobre a importância do acompanhamento mais frequente na UBS e sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde.

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

Detalhamento da ação: Serão realizadas reuniões com a comunidade para estimulá-los á promoção da socialização da pessoa idosa (trabalhos em igrejas, escolas, grupos de apoio...) e do estabelecimento de redes sociais de apoio.
Responsável: Médico.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

1. Capacitar os profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa.
2. Capacitar os profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice.
3. Capacitar a equipe para avaliar a rede social dos idosos.

Detalhamento da ação: Serão capacitados os profissionais da equipe de ESF para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa, identificação, registro dos indicadores de fragilização na velhice e avaliar a rede social dos idosos.

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos.

Metas:

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

1. Monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos.
2. Monitorar o número de idosos com obesidade / desnutrição.
3. Monitorar a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos.
4. Monitorar o número de idosos que realizam atividade física regular.
5. Monitorar as atividades educativas individuais.

Detalhamento das ações: Médico e Enfermeira farão revisão mensalmente dos registros das pessoas idosas em acompanhamento no PSF e calcularam os seguintes indicadores:

1. Proporção dos idosos com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.
2. Proporção dos idosos com obesidade / desnutrição.
3. Proporção dos idosos com orientação sobre prática regular de atividade física.
4. Proporção dos idosos que realizam atividade física regular.
5. Proporção dos idosos com atividades educativas individuais.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

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

Detalhamento da ação: Médico, Enfermeira e Nutricionista serão definidos como responsáveis pela orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

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

Detalhamento da ação: Médico, Enfermeira e Preparador Físico serão definidos como responsáveis pela orientação para a prática de atividade física regular.

3. Demandar do Gestor Municipal parcerias institucionais para realização de atividade física.

Detalhamento da ação: Serão feitos acordos com o Gestor Municipal de saúde para associar a comunidade e instituições formais e não formais para a prática de atividade física.

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

Detalhamento da ação: O tempo médio de consultas será de 20 minutos com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

1. Orientar os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis.
2. Orientar os idosos e a comunidade para a realização de atividade física regular.
3. Orientar os idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias.

Detalhamento da ação: Serão realizadas reuniões com os idosos, cuidadores e a comunidade para orientá-los sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis, sobre a realização de atividade física regular, sobre a

importância da higiene bucal e de próteses dentárias para uma melhor qualidade de vida.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

1. Capacitar a equipe para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável" ou o "Guia alimentar para a população brasileira".
2. Capacitar a equipe para a orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos.
3. Capacitar a equipe para orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular.
4. Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias.

Detalhamento da ação: Serão capacitados todos os profissionais da equipe de ESF para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável" ou o "Guia alimentar para a população brasileira", sobre orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos, sobre a realização de atividade física regular e para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias.

2.3.2 Indicadores

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

Meta:

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

Indicador:

1.1 Proporção da cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa.

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

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

Meta 2.1: 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.

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

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

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.

Numerador: Número de idosos com exame clínico apropriado em dia.

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

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.

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

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

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.

Numerador: Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular.

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

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

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

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

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

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.

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

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

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

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

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

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

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.

Indicador: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes Mellitus.

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

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.

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

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

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

Indicador: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

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

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

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.

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

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.

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

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos.

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.

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

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

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.

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com orientação sobre higiene bucal.

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

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de Saúde do Idoso (inclui Saúde Bucal) vamos adotar o protocolo de atendimento para pessoas idosas que existe em nossa UBS que é do Ministério da Saúde publicado no ano 2013 (5) e os Cadernos de Atenção Básica Ministério da saúde para Saúde Bucal. (6) Utilizaremos a planilha de Coleta de Dados e a Ficha Espelho proporcionadas pelo curso de especialização, a Caderneta de Saúde das Pessoas idosas disponíveis nosso município. Esta

caderneta não prevê a coleta de informações sobre acompanhamento de saúde bucal, mais em um dos itens a cerca dos problemas de saúde atuais poderia incluir a informação sobre saúde bucal. Além de isso para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, Médico/Enfermeiro vão elaborar um registro complementar que contenha todas as informações a avaliar e seguir durante o projeto da intervenção.

Estimamos oferecer ações de saúde com esta intervenção a 480 Pessoas Idosas de nossa área de abrangência, faremos contato com o Gestor Municipal de Saúde para dispor das 480 Cadernetas de Saúde das Pessoas Idosas necessárias e para imprimir o Modelo de Registro dos dados que será feito e complementado com as fichas-espelho que já existem na UBS. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizado o registro e as Planilha/registro.

Para a organização do registro específico do programa, o Médico/Enfermeiro revisará os prontuários existentes na UBS identificando todas as pessoas idosas que procuraram assistência médica nos últimos 3 meses, farão um cronograma de consultas médicas (uma a cada 6 meses) e odontológicas (pelo menos uma vez por ano) para o ano todo agendando as primeiras consultas com indicação de exames laboratoriais, clínicos (Estratificação de Risco, Capacidade Funcional Global do idoso) e vacinas.

O Relatório da Análise Situacional e a definição do foco para a intervenção foram discutidos com as equipes de saúde da UBS e a Secretaria de Saúde Municipal, começaremos a intervenção com a capacitação sobre os protocolos de atendimento para pessoas idosas do Ministério da Saúde (5-6) para que toda a equipe utilize esta referência na atenção às pessoas idosas. A capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto será reservadas 2 horas ao começo da intervenção, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe e fechamento do mês anterior, onde cada membro das equipes estudará uma parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe.

A estruturação do acolhimento das Pessoas Idosas de nossa área de abrangência será feita da seguinte maneira: serão programadas as consultas médicas e odontológicas para os 4 meses da intervenção (16 semanas) tendo em

conta que, um por cento das pessoas idosas é portadora de uma ou mais doenças crônicas não transmissíveis e que precisam de atenção médica por essa causa, realizaremos acolhimento e consulta para idosos quando compareçam espontaneamente por problemas agudos, renovar receitas de uso contínuo ou consultas programadas pela entrevista

O acolhimento deve ser feito em todo momento da jornada de trabalho e por todo pessoal das equipes de saúde tendo em conta que em nossa UBS não existe uma demanda elevada deste tipo de atendimentos. Para acolher a demanda de problemas agudos nas pessoas idosas não há necessidade de alterar a organização da agenda de trabalho, estas serão atendidas no mesmo horário que as consultas programadas só que em um local diferente e depois realizar a consulta de pessoa idosa. Nossas ACS em coordenação com médico/Enfermeiro farão a busca ativa de idosos acamados e com outros problemas de saúde que não possam movimentar-se e precisarem de visita domiciliar para cumprimentar com as ações de saúde programadas neste projeto.

Faremos contato com a associação de moradores e com os representantes formais e não formais da comunidade de nossa área de abrangência e apresentaremos este projeto esclarecendo a importância da atenção programada e personalizada das pessoas idosas como direito cidadão e o dever do estado e as Equipes de Saúde Familiar em garanti-lo. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a captação de pessoas idosas sem atenção médica e de esclarecer a comunidade sobre a necessidade da importância do atendimento deste grupo populacional para favorecer uma melhor integração social e qualidade de vida.

Mensalmente Médico e Enfermeira examinarão os registros SIAB, HIPERPEDIA, fichas-espelho e planilhas de coleta de dados disponibilizadas pelo curso identificando aquelas pessoas idosas que estão com atraso nas consultas, exames clínicos, exames laboratoriais ou vacinas e repassaram essas informações às ACS, que farão busca ativa delas para agendar e recuperar as consultas. As fichas espelho serão revisadas semanalmente para adequado monitoramento. As informações e dados obtidos serão consolidados na planilha de coleta de dados.

2.3.4 Cronograma

ATIVIDADES	SEMANAS															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1. Capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre os protocolos de atendimento as Pessoas Idosas e Saúde Bucal.	x															
2. Estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática.	x															
3. Cadastramento de todas as Pessoas Idosas da área adstrita no programa.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
4. Contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática de atendimento as Pessoas Idosas e Saúde Bucal solicitando apoio para a captação de Pessoas Idosas e para as demais estratégias que	x				x				x				x			

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Todas as ações previstas a desenvolver durante a intervenção foram cumpridas em sua totalidade de acordo com o cronograma, com algumas dificuldades que no decorrer do tempo foram resolvidas. A equipe de Estratégia de Saúde Familiar de nossa Unidade Básica de Saúde se reuniu para conversar sobre diversos assuntos, entre eles, os relacionados com o Início da intervenção e sobre as atividades que faríamos e incorporaríamos à rotina do trabalho da Unidade. Foi feita a capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre os protocolos de atendimento as Pessoas Idosas e Saúde Bucal adotado pela UBS.

Estabelecendo o papel de cada um dos profissionais na ação programática, as ACS foram instruídas para a divulgação do projeto em cada uma de suas áreas de abrangência durante as visitas domiciliares e para a busca ativa das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção que não tem a possibilidade de livre acesso a os atendimentos na UBS os quais foram visitados em sua totalidade. Foram feitos os contatos com lideranças comunitárias de nossa área de abrangência para falar sobre a importância da ação programática de atendimento as Pessoas Idosas e Saúde Bucal, solicitando apoio para a captação de PI. O Gestor municipal de Saúde foi contatado para ofertar apoio para a disponibilização das cadernetas de idosos, uma vez que até esse momento não existia na UBS, bem como para garantir a impressão das fichas espelho, situação que foi resolvida antes de iniciar a intervenção.

No começo o trabalho foi muito complicado pela grande quantidade de atividades a cumprir, o que causou certo grau de estresse nos profissionais da UBS, mas o trabalho começou se desenvolver com algumas dificuldades, entre elas as relacionadas com uma maior demora nos atendimentos em consulta pelas avaliações e recomendações feitas a cada usuário e alguma outra dificuldade com o preenchimento das fichas espelhos e outros documentos. Os Médicos, Enfermeiras e o Odontólogo trabalharam nas atividades de atendimento clínico, avaliação clínica,

avaliação de riscos e as outras atividades previstas no cronograma de atividades durante toda a intervenção.

Às vezes o trabalho dificultou-se por questões fora de nossa vontade (dias de feriados, palestras sobre Dengue ou outros temas na Regional de Saúde em dependência da situação epidemiológica da região). Essa situação provocou uma queda no número de consultas às PI em algumas semanas da intervenção e a não realização da primeira reunião de grupo de PI em tempo. Na medida em que o tempo foi passando o trabalho começou a sair mais fluido. O preenchimento das fichas espelhos e as consultas, que no começo eram muito demorados, foram mais rápidos devido a mais horas de trabalho acumuladas no projeto e mais prática de todo o pessoal.

Uma dificuldade achada foi com os atendimentos odontológicos, pois nem todas as pessoas idosas que receberam atendimento clínico tiveram a oportunidade de realizar atendimento odontológico por serem muitos os usuários atendidos neste curto tempo. Conseguimos realizar a ação, mais com algumas dificuldades, o início da Intervenção não existia uma agenda para o atendimento do dentista as PI, nem era oferecido este tipo de serviço, pelo que foi necessário habilitar um espaço na agenda para oferecer este serviço como uma atividade mais dentro do trabalho do dentista. Esperou-se inserir na rotina de atendimentos odontológicos uma quantidade dos atendimentos diários para pessoas idosas. Com suas dificuldades, acertos e desacertos a intervenção ajudou a equipe de ESF a interagir mais como coletivo a modificar a rotina de trabalho na UBS e a estabelecer uma nova relação de serviço com a comunidade de PI e suas famílias.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Em nosso caso quase todas as atividades e ações previstas no projeto foram desenvolvidas com algumas dificuldades, mais todas foram feitas. O tempo de duração da intervenção foi reduzido de 16 semanas para 12 semanas por retraço devido a o período de férias de mais de um mês no fim de ano. Desenvolvido só no PSF número 2 por não ser esta intervenção uma prioridade do outro PSF.

O tempo de duração da intervenção foi reduzido de 16 semanas para 12 semanas por retraço devido a o período de ferias de mais de um mês no fim de ano.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

A única dificuldade encontrada na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção foi no começo tal e como foi falado acima por falta de prática e sistematização o que com o tempo e treinamento dos profissionais foi resolvido. Quanto ao fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculos dos indicadores ao longo da intervenção não tiveram nenhuma dificuldade.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

A comunidade e as PI já tem conhecimento de que estas ações do projeto são parte já da rotina de trabalho dos atendimentos em consulta e que o projeto terminará, mais os atendimentos e as ações vão continuar do mesmo jeito no futuro, além disso é de conhecimento geral que os indicadores de saúde deste grupo etário melhoraram ostensivelmente com o Projeto de Intervenção no curto período que durou e que na continuidade do mesmo está à chave para manter e aumentar a qualidade de vida das pessoas idosas nosso município.

Acho que um aspecto bem importante a melhorar é quanto á saúde bucal das Pessoas Idosas: não todas as pessoas idosas que receberam atendimento clínico tiveram a oportunidade de realizar atendimento odontológico por serem muitos os usuários atendidos neste tempo. Gostaríamos que os atendimentos odontológicos superassem esse indicador, situação que foi tratada com o dentista e o gestor municipal de saúde para tentar dar uma maior cobertura para este grupo de pessoas no futuro imediato, achando que com o passar do tempo ao ser uma atividade mais dentro da rotina de atendimentos da UBS este indicador vai aumentar consideravelmente com um beneficio na qualidade de vida e saúde dos idosos.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção tratou da melhoria da atenção à saúde das Pessoas Idosas (60 ou mais anos) incluindo a saúde bucal. O tempo de duração da intervenção foi reduzido de 16 semanas para 12 semanas (nos meses de Abril, Maio e Junho) por retraço devido a o período de ferias de mais de um mês no fim de ano. Desenvolvido só no PSF número 2 por não ser esta intervenção uma prioridade do outro PSF.

Segundo a estimativa do caderno se ação programática a população de idoso estimada na área é de 750 Pessoas idosas. No entanto, preferimos utilizar o estimado pela planilha de coleta de dados que diz ter na área adstrita ao PSF número 2 uma população maior de 60 anos de 480 Pessoas Idosas. A intervenção focalizou as PI da área da abrangência da UBS que fazem acompanhamentos nela e foram cadastrados. Foram cadastrados e recebeu a primeira consulta programática um total de 459 Idosos alcançando ao final da intervenção uma cobertura na área adstrita de 96.5%.

OBJETIVO 1. Ampliar a cobertura do programa de saúde do idoso.

Meta 1 : Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 100% das pessoas idosas.

Indicador: Número de idosos cadastrados no programa entre o número de idosos pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Nossa área tem um total de 480 Pessoas Idosas (60 ou mais anos). Ao iniciar a intervenção começaram os atendimentos e cadastramento deste grupo etário, aumentado com o passar do tempo o número de consultas progressivamente e a cobertura ficou próxima à meta estipulada, recebendo atenção de saúde 144 idosos no mês1, 294 no mês 2 e 459 idosos no mês 3, para uma cobertura ao final

de intervenção de 96.5% da população alvo. Ressaltar que é um legado da intervenção porque no passado não se oferecia este serviço aos idosos.

As ações que mais auxiliaram para ampliar a cobertura do programa de saúde do idoso foram as relacionadas com empenho e a dedicação dos profissionais de saúde da Equipe de Estratégia de Saúde Familiar (ESF) para viabilizar a intervenção, além do trabalho na área das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) que realizaram as visitas domiciliares para a busca ativa de pessoa idosa e seu posterior cadastramento, a boa divulgação do projeto e o apoio do gestor municipal de saúde.

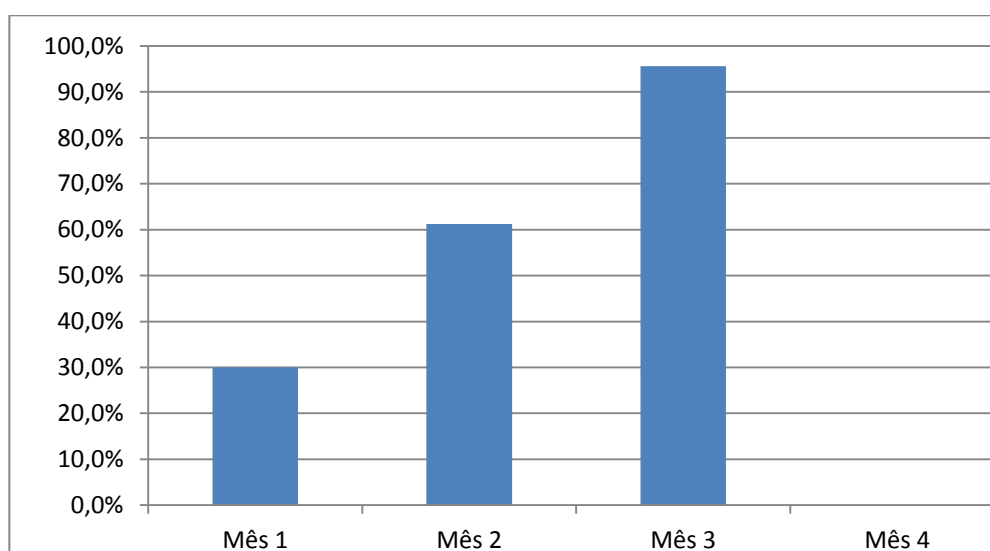


Figura1: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde. UBS Doutor Maurício Cardoso/RS.

OBJETIVO 2. Qualidade da atenção.

Metas:

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: Número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia entre de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Foi realizada a Avaliação Multidimensional Rápida aos 459 idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde em cada um dos atendimentos o que permitiu atingir a meta proposta de 100% em todos os meses da intervenção. A estratégia utilizada foi que a equipe estava capacitada a realizar essa avaliação e todos ficavam atentos aos faltosos para realizar a busca ativa e assim conseguir alcançar a 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: Número de idosos com exame clínico apropriado em dia entre número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

O exame clínico apropriado em consultas incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade foi feito durante toda a intervenção ao total de idosos cadastrados (100%) atingindo se a meta proposta. A estratégia utilizada foi que a equipe estava capacitada a realizar essa avaliação e todos ficavam atentos aos faltosos para realizar a busca ativa e assim conseguir alcançar a meta.

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

Indicador: Número de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia entre número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

A solicitação de exames complementares periódicos aos idosos hipertensos e/ou diabéticos foi feito durante toda a intervenção ao total de idosos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados: mês1 – 56; mês2 – 114 e mês3 – 194, atingindo-se a meta proposta de 100%.

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

Indicador: Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular entre número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Foi priorizada a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular aos idosos de nossa área de abrangência obtendo este benefício: mês1 – 58 (40,3%); mês2 – 161 (54,8%) e mês3 – 247 (53,8%). O resultado deste indicador deu-se, porque nem todos os idosos apresentam doenças crônicas que precisam de prescrição de medicamentos da Farmácia Popular e outros usuários gostam de comprar seus medicamentos em outras farmácias.

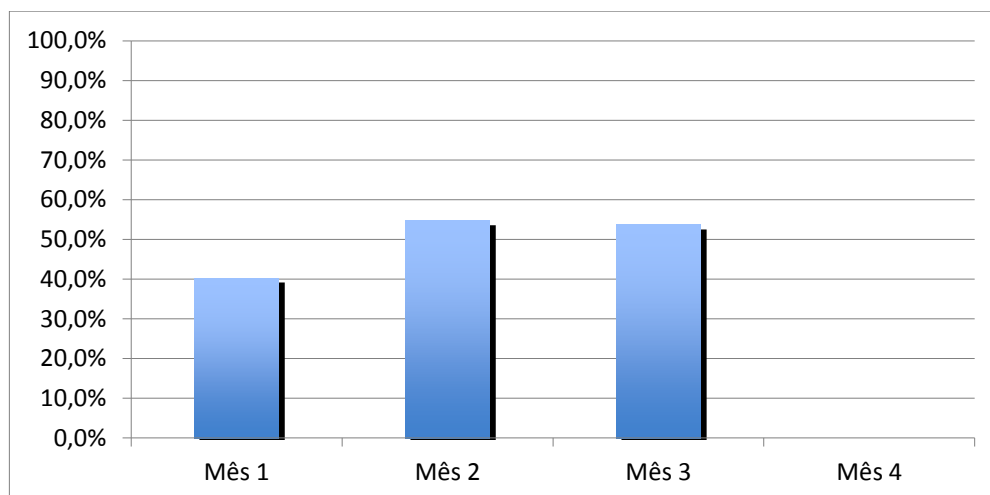


Figura2: Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada. UBS Doutor Maurício Cardoso/RS.

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

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

Durante a intervenção foram cadastrados todos os idosos acamados ou com problemas de locomoção da área de abrangência: mês1 – 4 (12,9%); mês2 – 20 (64,5%) e mês3 – 31 (100%), atingindo se a meta proposta. Superamos a estimativa do início da Intervenção, uma vez que priorizamos as visitas domiciliares Assis idosos.

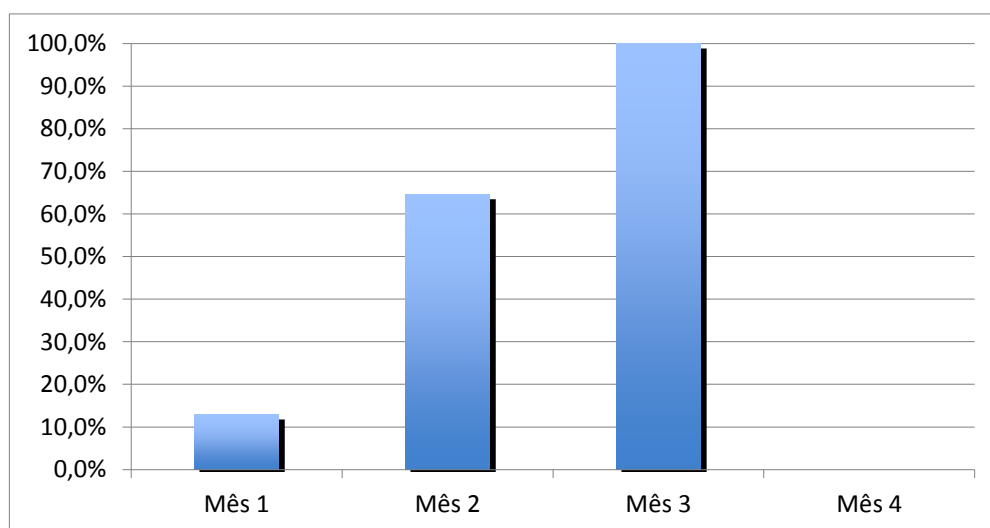


Figura3: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção Cadastrados. UBS Doutor Maurício Cardoso/RS.

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

Indicador: Número de idosos acamados ou com problema de locomoção que receberam visita domiciliar entre número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Foi realizado a visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção, atingindo se a meta proposta pela intervenção dos 100%

em todos os meses. Todos os idosos acamados ou com problema da locomoção forem visitados com grande esforço pelos ACS e pela equipe.

2.7. Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica.

Indicador: Número de idosos com medida da pressão arterial na última consulta entre número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Foram rastreados em consulta para Hipertensão Arterial Sistêmica todos os idosos cadastrados, atingindo-se a meta proposta pela intervenção dos 100% nos três meses. Todos os usuários cadastrados tiveram verificação da pressão arterial na última. Todo usuário quando chega a UBS para atendimento, na sala de triagem, no acolhimento a enfermeira ou técnica de enfermagem mede sua PA.

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

Indicador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus entre número de idosos com pressão sustentada maior que 135/80mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

Foram rastreados no primeiro mês 56 idosos, 114 no segundo e 191 no terceiro mês, os idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus, atingindo se a meta proposta na intervenção dos 100%. Isso se deu pela sensibilidade do médico em identificar a necessidade em rastrear esses idosos.

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

Indicador: Número de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico entre número total de idosos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Todos os idosos cadastrados a cada mês tiveram avaliação da necessidade de atendimento odontológico (mês1 – 144; mês2 – 294 e mês3 – 459), atingindo-se a meta proposta na intervenção dos 100% em cada mês.

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

Indicador: Número de idosos da área de abrangência na UBS com primeira consulta odontológica programática entre número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

A primeira consulta odontológica para idosos só pôde ser feita a 150 PI devido ao fato de que nem todas as pessoas idosas que receberam atendimento clínico tiveram a oportunidade de realizar atendimento odontológico por serem muitos os usuários atendidos neste curto tempo, por tanto temos uma curva decrescente durante a intervenção: mês1 – 73 (50,7%); mês2 – 110 (37,4%) e mês3 – 150 (32,7%). Observa-se que ficou bem longe da meta proposta pela intervenção, isso parece errado mais não é assim, uma vez que esse atendimento foi inserido à rotina de trabalho da ESF o que no existia antes da intervenção e é um logro dela.

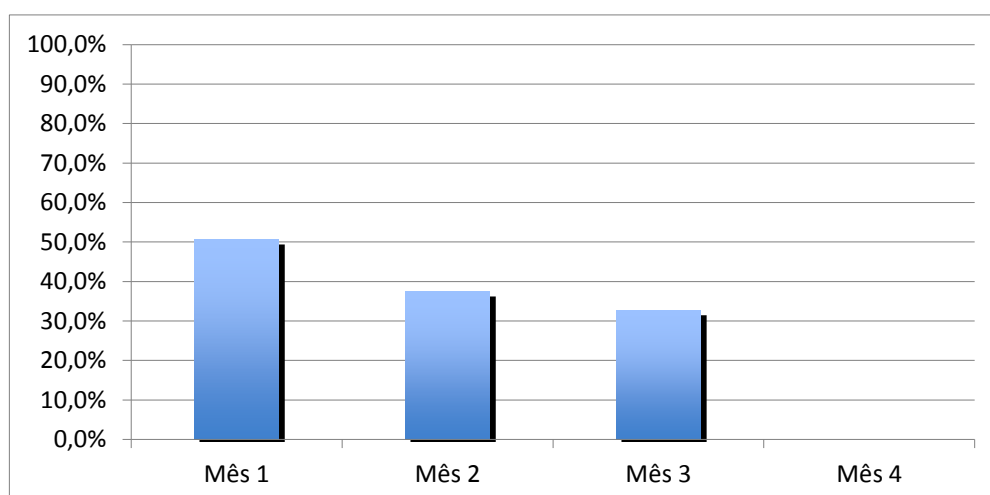


Figura4: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.
UBS Doutor Maurício Cardoso/RS.

As ações que mais auxiliaram para que a maioria dos indicadores acima relacionados atingisse as metas propostas pela intervenção foram o esforço de toda a equipe de Estratégia de Saúde Familiar, a existência na UBS dos recursos e meios técnicos para realizar as atividades e o apoio da comunidade e do gestor municipal de saúde.

A dificuldade mais significativa achada foi com os atendimentos odontológicos onde conseguimos realizar a ação, mais com algumas dificuldades, pela não existência de uma agenda para o atendimento do dentista as PI, pelo que foi necessário habilitar um espaço dentro de sua agenda para oferecer este serviço como uma atividade dentro do trabalho do dentista inserindo-se a atividade na rotina de atendimentos da UBS o que sem duvida é um acerto desta intervenção.

OBJETIVO 3. Melhorar a adesão dos idosos ao programa de saúde do idoso.

Meta:

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

Indicador: Número de idosos faltosos às consultas programadas e buscados pela unidade de saúde entre número de idosos faltosos às consultas programadas.

Todos os idosos faltosos às consultas programadas e foram buscados pela unidade de saúde: mês1 – 3; mês2 – 20 e mês3 – 31. Sendo assim, a meta proposta na intervenção foi atingida em todos os meses (100%).

A ação que mais auxiliou a busca de idosos faltosos às consultas programadas foi o trabalho das ACS em suas micro-áreas, as que repassaram as informações para a ESF e gestor municipal de saúde proporcionou os meios para a busca.

OBJETIVO 4. Melhorar o registro das informações.

Metas:

4.1. Manter registro específico das pessoas idosas.

Indicador: Número de fichas de acompanhamento/espelho com registro atualizado. Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

O número de fichas de acompanhamento/espelho feitas durante a intervenção coincide com o total de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde a cada mês, atingindo a meta de 100% proposta pela intervenção.

4.2. Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa aos idosos cadastrados.

Indicador: Número de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa entre número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Foram distribuídas Cadernetas de Saúde da Pessoa aos idosos cadastrados no programa da intervenção, atingindo a meta de 100% proposta pela intervenção.

As ações que mais facilitaram a realização destes indicadores exitosamente foram, a dedicação e trabalho contínuo da equipe de ESF e o apoio do gestor municipal de saúde que proporcionou e facilitou as Cadernetas de Saúde de Pessoas idosas e a impressão das fichas de acompanhamento/espelho.

OBJETIVO 5. Mapear os idosos de risco da área de abrangência.**Metas:**

5.1. Rastrear as pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Indicador: Número de idosos rastreados quanto ao risco de morbimortalidade entre número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Foram rastreados quanto ao risco de morbimortalidade todos os 459 idosos, atingindo a meta de 100% proposta pela intervenção. Isso se deu pela sensibilidade do médico em identificar a necessidade em rastrear esses idosos.

5.2. Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice nas pessoas idosas.

Indicador: Número de idosos investigados quanto à presença de indicadores de fragilização na velhice entre número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

O número de idosos investigados quanto à presença de indicadores de fragilização na velhice foi de 459 PI, atingindo a meta de 100% proposta pela intervenção. A cada consulta o médico realizava essa investigação, seguindo o cronograma de ações.

5.3. Avaliar a rede social das pessoas idosas.

Indicador: Número de idosos com avaliação de rede social entre número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Foram avaliados quanto a rede social das pessoas idosas um total de 459 PI, atingindo a meta de 100% proposta pela intervenção.

A ação que mais auxiliou a realização destes indicadores foi a dedicação e trabalho contínuo da equipe de ESF.

OBJETIVO 6. Promover a saúde dos idosos:

Metas:

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

Indicador: Número de idosos com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis entre número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Foi garantida a orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas (459) de nossa área de abrangência atingindo-se a meta proposta pela intervenção.

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

Indicador: Número de idosos com orientação para prática regular de atividade física entre número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Um total de 459 PI idosos recebeu orientação para a prática regular de atividade física o que coincide com o número total de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde, atingindo-se a meta proposta pela intervenção. Receberam orientações quanto à prática de atividade física regular, com apoio da equipe do NASF.

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

Indicador: Número de idosos com orientação sobre higiene bucal entre número total de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde.

Todos os idosos que tiveram a primeira consulta odontológica programática receberam orientação sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias), atingindo a meta de 100% nos três meses.

A ação que mais auxiliou realização destes indicadores foi a dedicação e trabalho contínuo da equipe de ESF.

4.2 Discussão

A intervenção, em minha unidade básica de saúde, propiciou a ampliação da cobertura da atenção à saúde do idoso, a melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para as avaliações, classificação de risco deste grupo etário

e as atividades sobre educação em saúde, com a inclusão da higiene bucal e atendimento odontológico.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento das Pessoas idosas. Esta atividade promoveu o trabalho integrado de todos os profissionais de saúde da equipe de Estratégia de Saúde Familiar o que propiciou que cada um deles conhecesse suas atribuições antes e durante a intervenção o que acabou tendo impacto também em outras atividades no serviço tais como o acolhimento dos usuários, organização dos registros e fluidez das informações.

Antes da intervenção as atividades de atenção das Pessoas idosas eram concentradas no profissional Médico, com alguma participação da Enfermeira. A intervenção reviu as atribuições da equipe possibilitando a participação coordenada de todos, viabilizando a atenção a maior número de pessoas. A melhoria na busca ativa das Pessoas idosas, a divulgação do projeto propiciou maior qualidade dos registros e o agendamento viabilizou e aperfeiçoou a agenda para a atenção à demanda espontânea.

O impacto da intervenção além do curto período de implementação desde o começo foi percebido e apreciado pela comunidade. As Pessoas idosas e seus familiares demonstram satisfação com a prioridade no atendimento, porém geró insatisfação na sala de espera entre os outros membros da comunidade que desconhecem o motivo desta priorização. Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos uma quantidade mínima de Idosos sem cobertura.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde o começo se tiver mais claros os objetivos e metas a desenvolver para de maneira mais explícita dar a conhecer aos profissionais de saúde, a comunidade e as autoridades as atividades a implementar. Agora que estamos no fim do projeto, percebo que a equipe está mais integrada, unida e superada a dificuldade achada terá todas as condições para incorporar a intervenção a rotina do serviço em benefício da população idosa.

A intervenção será incorporada a rotina do serviço. Para isto, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de

priorização da atenção das Pessoas idosas, em especial os de alto risco (Acamados ou com problemas de locomoção, diabéticos e hipertensos). As fichas individuais de coleta de dados proporcionadas pelo curso de Especialização para as pessoas Idosas serão mantidas com referência, base e forma de registro para poder coletar e monitorar todos os indicadores que tínhamos previsto no projeto.

Para sistematizar as atividades da intervenção na rotina de trabalho da equipe pretendemos investir na ampliação de cobertura dos idosos que ficarem fora da intervenção e tomando este projeto como exemplo também, pretendemos ampliar a cobertura para pessoas hipertensos e diabéticos menores de 60 anos.

5 Relatório da intervenção para gestores

Presado gestor,

Venho por meio de este relatório informá-lo acerca das atividades desenvolvidas durante a implementação da intervenção voltada à saúde da pessoa idosa. A intervenção tratou da melhoria da atenção à saúde das pessoas Idosas, 60 ou mais anos, incluindo a saúde bucal. Focalizou os idosos da área da abrangência da UBS que fazem acompanhamentos nela e foram cadastrados. Foram cadastrados e recebeu a primeira consulta programática um total de 459 Idosos, em um total de 480, alcançando ao final da intervenção uma cobertura na área adstrita de 96.5%.

A intervenção propiciou a ampliação à saúde do idoso, a melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para as avaliações, classificação de risco deste grupo etário e as atividades sobre educação em saúde, com a inclusão da higiene bucal e atendimento odontológico e um grande impacto em outras atividades no serviço tais como o acolhimento dos usuários, organização dos registros e fluidez das informações.

Ao iniciar a intervenção começaram os atendimentos e cadastramento deste grupo etário, aumentado com o passar do tempo o número de consultas progressivamente e a cobertura ficou próxima à meta estipulada, recebendo atenção de saúde 144 idosos no mês um, 294 no mês dois e 459 idosos no mês três, para uma cobertura ao final de intervenção de 96.5% da população alvo. O que é um legado da intervenção porque no passado não se oferecia este serviço aos idosos.

Foi realizada a Avaliação Multidimensional Rápida aos 459 idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde em cada um dos atendimentos o que permitiu atingir a meta proposta de 100% em todos os meses da intervenção. O exame clínico apropriado em consultas incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade foi feito durante toda a intervenção ao total de idosos cadastrados (100%) atingindo se a meta proposta.

A solicitação de exames complementares periódicos aos idosos hipertensos e/ou diabéticos foi feito durante toda a intervenção ao total de idosos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados: mês1 – 56; mês2 – 114 e mês3 – 194, atingindo-se a meta proposta de 100%. Também foi priorizada a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular as PI de nossa área de abrangência obtendo este benefício: mês1 – 58 (40,3%); mês2 – 161 (54,8%) e mês3 – 247 (53.8%).

Durante a intervenção foram cadastrados todos os idosos acamados ou com problemas de locomoção da área de abrangência: mês1 – 4 (12,9%); mês2 – 20 (64,5%) e mês3 – 31 (100%), atingindo se a meta proposta e foi realizado a visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção, atingindo se a meta proposta pela intervenção dos 100% em todos os meses.

Foram rastreados em consulta para Hipertensão Arterial Sistêmica todos os idosos cadastrados, sendo rastreados também todos os idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus, atingindo se a meta proposta na intervenção dos 100%.

Todos os idosos cadastrados a cada mês tiveram avaliação da necessidade de atendimento odontológico (mês1 – 144; mês2 – 294 e mês3 – 459), atingindo-se a meta proposta na intervenção dos 100% em cada mês e a primeira consulta odontológica para idosos só pôde ser feita a 150 PI devido ao fato de que nem todas as pessoas idosas que receberam atendimento clínico tiveram a oportunidade de realizar atendimento odontológico.

As ações que mais auxiliaram para que a maioria dos indicadores acima relacionados atingisse as metas propostas pela intervenção foram o esforço de toda a equipe de Estratégia de Saúde Familiar, a existência na UBS dos recursos e meios técnicos para realizar as atividades e o apoio da comunidade e do gestor municipal de saúde.

O trabalho coordenado da equipe de Estratégia de Saúde Familiar permitiu que todos os idosos faltosos às consultas programadas foram procurados pela unidade de saúde: mês1 – 3; mês2 – 20 e mês3 – 31. Sendo assim, a meta proposta na intervenção foi atingida em todos os meses (100%).

A melhoria em quanto aos registros e qualidade das informações foi significativa, logrando-se que o número de fichas de acompanhamento/espelho fitas durante a intervenção coincidiria com o total de idosos cadastrados no programa atingindo a meta proposta pela intervenção e foram distribuídas Cadernetas de Saúde da Pessoa aos idosos.

Em quanto à saúde dos idosos, foi garantida a orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis tanto assim como as orientações para a prática regular de atividade física e sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) atingindo-se a meta proposta pela intervenção.

A maior dificuldade achada foi com os atendimentos odontológicos, pois nem todas as pessoas idosas que receberam atendimento clínico tiveram a oportunidade de realizar atendimento odontológico por serem muitos os usuários atendidos neste curto tempo. Conseguimos realizar a ação, mais com algumas dificuldades, no início da intervenção não existia uma agenda para o atendimento do dentista as PI, nem era oferecido este tipo de serviço, pelo que foi necessário habilitar um espaço na agenda para oferecer este serviço como uma atividade mais dentro do trabalho do dentista, achando que é um aspecto bem importante a melhorar em quanto à saúde bucal das Pessoas Idosas, que com o concurso e ajuda de todos os interessados possa se incorporar esta atividade da intervenção à rotina do serviço da Unidade Básica de saúde em benefício da população idosa.

Com suas dificuldades, acertos e desacertos a intervenção ajudou a equipe de ESF a interagir mais como coletivo a modificar a rotina de trabalho na UBS e a estabelecer uma nova relação de serviço com a comunidade de PI e suas famílias. A comunidade e as PI já tem conhecimento de que estas ações do projeto são parte já da rotina de trabalho dos atendimentos em consulta e que o projeto terminará, mais os atendimentos e as ações vão continuar do mesmo jeito no futuro, além disso é de conhecimento geral que os indicadores de saúde deste grupo etário melhoraram com o Projeto de Intervenção no curto período que durou e que na continuidade do mesmo está à chave para manter e aumentar a qualidade de vida das pessoas idosas nosso município.

Este projeto de intervenção está incorporado à rotina do serviço. Vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção das Pessoas idosas, em especial os de alto risco (Acamados ou com problemas de locomoção, diabéticos e hipertensos). As fichas individuais de coleta de dados proporcionadas pelo curso de Especialização para as pessoas Idosas serão mantidas com referência, base e forma de registro para poder coletar e monitorar todos os indicadores que tínhamos previsto no projeto.

Para sistematizar as atividades da intervenção na rotina de trabalho da equipe pretendemos investir na ampliação de cobertura dos idosos que ficarem fora da intervenção e tomando este projeto como exemplo, também pretendemos ampliar a cobertura para pessoas hipertensos e diabéticos menores de 60 anos.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Na Unidade de saúde Doutor Maurício Cardoso foi realizada uma intervenção com foco na população de idosos da área, as ações foram realizadas em 12 semanas com o objetivo de melhorar a atenção de saúde das pessoas idosas, incluindo a saúde bucal com os seguintes resultados:

Foram atendidos e recebeu a primeira consulta programada 459 Idosos de um total de 480 idosos, o que permitiu ao final da intervenção uma cobertura no município de 96,5%. Todos com exame clínico detalhado em consultas, com solicitação de exames complementares periódicos aos hipertensos e/ou diabéticos além de serem investigados para Hipertensão Arterial Sistêmica todos os idosos que assistiram a consulta.

Todos os idosos que consultados foram investigados para a necessidade de atendimento pelo dentista e foi feita a primeira consulta com o dentista a 150 deles o que representa um 32.7% do total.

O trabalho coordenado da equipe de Estratégia de Saúde Familiar permitiu que todos os idosos faltosos às consultas programadas fossem procurados pela unidade de saúde. Todos os idosos acamados ou com problemas de locomoção da área da unidade receberam visita domiciliar.

Foi garantida a orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, bem como as orientações para a prática regular de atividade física e sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias).

A melhoria em quanto aos registros e qualidade das informações foi significativa, garantindo que o número de ficha espelho e as cadernetas de saúde de pessoas idosas distribuídas durante a intervenção coincidiria com o total de idosos atendidos no programa.

A intervenção foi um grande sucesso para a equipe de Estratégia de Saúde Familiar porque permitiu acoplar, organizar e coordenar o trabalho de todos os integrantes para atingir as metas propostas pela intervenção, melhorando a rotina de trabalho em todos os aspectos e estabelecer uma nova relação de serviço com os usuários. Para a comunidade também foi grande o impacto, por primeira vez tomo se na Unidade Básica a os idosos para um programa prioritário e bem concebido e organizado que inclui atenção integral e diferenciada a este grupo de pessoas.

Decisiva e importante foi à participação da população para implantar e dar continuidade às atividades da intervenção com sua participação, compreensão e contribuição à divulgação do projeto da intervenção.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Tanto para mim como para a equipe de Estratégia de Saúde Familiar a especialização e o projeto da intervenção foram um acontecimento, no início todos bem expectantes com muitas dúvidas sobre o que aconteceria no futuro ou se poderia se conseguir incorporar à rotina do trabalho as ações propostas pela intervenção, deveria enfrentar uma especialização com a modalidade de ensino a distancia e a barreira do idioma incluída, logo com o início das atividades, as orientações do curso, as tarefas a realizar o panorama foi se esclarecendo começando a relacionar-nos com o ambiente virtual, a interatuar com os colegas da ESF, do curso e com os orientadores, dividendo experiências, debatendo as tarefas e trabalhando como coletivo o que facilitou muito obter os resultados da intervenção.

O curso permitiu maior relacionamento com os colegas da equipe de ESF e com os outros estudantes e orientadores num ambiente de respeito e colaboração possibilitando obter conhecimentos atualizados sobre saúde coletiva e prática clínica, idioma português, gramática, informática, além disso, propiciou grande melhoria na qualidade do trabalho, tanto assim como das informações, estabelecendo uma nova relação com os usuários da UBS e um impacto positivo nos indicadores de saúde da comunidade.

Os aprendizados mais relevantes decorrentes do curso foram: ter a possibilidade de conhecer como funciona o SUS, suas diretrizes, protocolos, direitos dos usuários, conhecer a demografia e geografia do município, além do fato de incrementar e atualizar os conhecimentos em quanto a temas como Saúde Coletiva, Prática Clínica, Informática, o que permitiu a todos oferecer uma melhor atenção de saúde à população.

Referências

1. Ministério da Saúde Gabinete do Ministro PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011 disponível:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, 13).
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 15) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 17) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Anexos

Anexo B - Planilha de coleta de dados

2014_11_06 Coleta de dados Idosos [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel (Falha na Ativação do Produto)

Indicadores de Saúde do Idoso - Mês 1												
Dados para coleta	Número do idoso	Nome do idoso	Idade do idoso	O idoso está com a Avaliação Multidimensional Rápida em dia?	O idoso está com exame clínico apropriado em dia?	O idoso é hipertenso e/ou diabético?	O idoso hipertenso e/ou diabético está com a aplicação de exames complementares periódicos em dia?	O idoso está com prescrição de medicamentos prioritariamente pela Farmácia Popular?	O idoso está acamado ou tem com problemas de locomoção?	O idoso acamado ou com problemas de locomoção recebeu visita domiciliar?	O idoso teve a verificação da pressão arterial na última consulta?	O idoso é pressórico maior 135/80mm com diagnóstico hipertensão sistólica
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de idosos cadastrados	Name	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	7											
	8											
	9											
	10											
	11											
	12											
	13											
	14											
	15											
	16											
	17											
	18											
	19											
	20											
	21											
	22											
	23											
	24											
	25											
	26											

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

Anexo C - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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