

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 07**



Trabalho de Conclusão de Curso

Melhoria da atenção à saúde do idoso na UBS Boa Vista, Picos, PI

Zuleidys Pino Rodriguez

Pelotas, 2015

Zuleidys Pino Rodriguez

Melhoria da atenção à saúde do idoso na UBS Boa Vista, Picos, PI

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

Orientadora: Janaine Sari

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

R696m Rodríguez, Zuleidys Pino

Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS Boa Vista, Picos, PI / Zuleidys Pino Rodríguez; Janaine Sari, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

85 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. Sari, Janaine, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho a minha família, a meu povo,
ao povo brasileiro e a todas aquelas pessoas que
fizeram possível a realização dele.

Agradecimentos

Agradeço a todas aquelas pessoas que contribuíram de uma forma ou de outra, na realização deste trabalho com sua participação e apoio. Especialmente à orientadora Janaine Sari e a equipe de saúde da UBS Boa Vista, sem os quais não teria sido possível o desenvolvimento do projeto.

Resumo

PINO RODRIGUEZ Zuleidys. **Melhoria da atenção à saúde do idoso na UBS Boa Vista, Picos, PI.** Ano 2015. 85 fls. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Ano 2015.

O foco da intervenção realizado na Unidade Básica de Saúde Boa Vista, em Picos, PI, foi direcionado aos usuários idosos, ou seja, pessoas com 60 anos ou mais. A temática foi escolhida pela equipe de saúde, levando em conta a alta dificuldade com os atendimentos destes usuários, os quais são um grupo priorizado pelo Sistema Único de Saúde. A intervenção teve como objetivo geral melhorar a atenção à saúde dos idosos na UBS Boa Vista, Picos, Piauí e como objetivos específicos ampliar a cobertura de idosos cadastrados, melhorar a qualidade da atenção destes usuários, melhorar a adesão dos usuários em questão aos programas de acompanhamento; melhorar o registro das informações dos idosos; realizar avaliação risco e promover a saúde destes usuários. Alcançaram-se resultados relevantes obtendo a porcentagem pactuada para a cobertura da população alvo (70,7%). As demais metas foram cumpridas em quase sua totalidade, exceto a que se refere à realização de visita domiciliar aos acamados ou com problemas de locomoção; a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/ Hiperdia priorizada e a distribuição da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Com este trabalho a equipe conseguiu ampliar a cobertura da atenção aos idosos, a melhoria dos registros e controles e a qualificação da atenção. Ao longo da intervenção se ofereceu uma atenção de qualidade a esses usuários. Além disso, os idosos foram orientados quanto a alimentação saudável, a necessidade de prática de atividade física regular, como evitar fatores de riscos para morbimortalidade e sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias). A equipe conseguiu se integrar e aderir ao projeto. Também se pôde perceber que o programa de atenção aos idosos está incorporado à rotina do serviço. Tomando este projeto como exemplo, a equipe pretende implantar outros programas na UBS melhorando a qualidade de vida da população na área de abrangência.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde da família; idosos; Hipertensão Arterial Sistêmica; Diabetes Mellitus.

Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura de idosos cadastrados na UBS Boa Vista Picos, PI, 2015.	55
Figura 2	Cobertura de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia na UBS Boa Vista Picos, PI, 2015.	56
Figura 3	Cobertura de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia na UBS Boa Vista Picos, PI, 2015.	57
Figura 4	Cobertura de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular Priorizada na UBS Boa Vista Picos, PI, 2015.	58
Figura 5	Cobertura de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados na UBS Boa Vista Picos, PI, 2015.	58
Figura 6	Cobertura de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar na UBS Boa Vista Picos, PI, 2015.	59
Figura 7	Cobertura de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa na UBS Boa Vista Picos, PI, 2015.	62

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário da Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Equipe de Saúde da Família
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Programa de atenção ao Hipertenso e Diabéticos
HPV	Papiloma Vírus Humano
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PA	Pressão Arterial
PI	Piauí
PMM	Programa Mais Médicos
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TQC	Teste de Qualificação Cognitiva
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

Sumário

Apresentação	9
1 Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	19
2 Análise Estratégica	20
2.1 Justificativa	20
2.1 Objetivo geral	22
2.3 Metodologia	23
2.3.1 Detalhamento das ações	24
2.3.2 Indicadores	35
2.3.3 Logística	42
2.3.4 Cronograma	45
3 Relatório da Intervenção	47
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	47
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	526
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	57
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	57
4 Avaliação da intervenção	
4.1 Resultados	54
4.2 Discussão	66
5 Relatório da intervenção para gestores	69
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	71
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	73
Referências	75
Anexos	76

Apresentação

Esta apresentação está constituída pelo Trabalho de Conclusão do Curso (TCC) da especialização em Saúde da Família realizado por meio de um projeto de intervenção na Unidade Básica Boa Vista, em Picos, PI. A população alvo foram os usuários idosos. O objetivo principal foi melhorar a atenção em saúde a estes usuários. Para alcançar os objetivos, metas, ações e indicadores pactuados, a equipe teve que trabalhar unida, com empenho e dedicação. O produto final do projeto é fruto do esforço de todos os profissionais da equipe.

O presente volume está organizado em 7 capítulos. O primeiro capítulo corresponde a análise situacional e traz informações relativas a caracterização do serviço e da população alvo. O segundo capítulo se trata da análise estratégica, onde são descritos os objetivos e metodologia da intervenção. No capítulo 3 há o relatório da intervenção e no capítulo 4 a análise da intervenção, com os resultados alcançados e a discussão dos mesmos. O quinto capítulo trata-se do relatório da intervenção para os gestores. O sexto capítulo é o relatório da intervenção para a comunidade e encerramos com o sétimo capítulo trazendo a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Quando iniciei o curso de especialização em saúde da família atuava na Unidade Básica de Saúde (UBS) Maria Viana Gonçalves, localizada no bairro Passagem das Pedras pertencente à periferia da cidade de Picos, Piauí. Os atendimentos da população desse bairro são feitos por um médico brasileiro, já os meus atendimentos são para pessoas pertencentes a outros dois bairros chamados Boa Vista e Cidade de Deus, localizados na mesma zona suburbana da cidade. A UBS que vou executar minhas atividades ainda está em fase de reforma e, por esse motivo, meus atendimentos acontecem na UBS acima citada.

A população se caracteriza por pertencer a uma área muito ampla, com muitos morros, ruas irregulares, pessoas de baixa renda, muitas delas sem estudo, com muitas necessidades socioeconômicas, mas são pessoas muito nobres, bondosos, acolhedores, trabalhadores e satisfeitos com o serviço de saúde.

A UBS onde atuo conta com as estruturas necessárias para as consultas com privacidade, higiene e organização. A UBS conta com um consultório odontológico, uma sala de vacina, um consultório de curativos, um consultório de enfermagem, um consultório médico, uma farmácia, uma sala de esterilização, uma recepção e uma sala de espera para os usuários. Funciona regularmente nos turnos matutino e vespertino, durante cinco dias na semana. Possui equipe multiprofissional completa, contando com dois médicos, dois enfermeiros, três técnicos em enfermagem, um dentista, um Auxiliar de Saúde Bucal (ASB), dois recepcionistas, dois agentes em serviços gerais, um psicólogo, dois fisioterapeutas e nove Agentes Comunitários de

Saúde (ACS). Em breve a equipe vai ser dividida e realocada numa casa alugada no bairro Boa Vista.

Meus atendimentos acontecem de segunda a quinta-feira, sendo que as consultas clínicas acontecem na segunda e terça o dia todo e quartas de manhã. Nas quartas a tarde são realizadas as visitas domiciliares. Nas quintas trabalho o dia todo em outra UBS, localizada no bairro Cidade de Deus, fazendo consultas nos dois turnos. Nas sextas é o dia em que me dedico ao curso de especialização em saúde da família. Nas consultas clínicas fazemos atendimentos a demanda espontânea, puericultura, controle de pré-natal, Hiperdia e atividades de prevenção. Na UBS funcionam todos os programas exigidos pelo Ministério de Saúde (MS), possuindo atendimento contínuo e integral.

Para melhorar os atendimentos também contamos com uma equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) com nutricionista, assistente social, fonoaudiólogo, entre outros profissionais. No município contamos com um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), uma policlínica com atendimento das diferentes especialidades, centros de reabilitação, serviços laboratoriais e um hospital regional.

Após a chegada do Programa Mais Médicos (PMM) ao município e, especificamente, com a nossa chegada aos bairros, os atendimentos e o nível de satisfação da população tem tido uma mudança positiva, com boa aceitação popular, razão pela qual nos sentimos motivados a intensificar nosso trabalho dirigindo-o à identificação dos verdadeiros problemas de saúde da população e realizando ações para melhorá-los.

No decorrer do curso de Especialização em Saúde da Família, a equipe onde atuo foi deslocada para um local adaptado no bairro Boa Vista, para o qual fazemos os atendimentos. É uma casa alugada, mas conta com todas as condições e requerimentos para um atendimento de qualidade. Conta com sala de espera para os pacientes, recepção, consultório médico com banheiro, consultório de enfermaria, uma sala para os ACS, uma sala de curativos compartilhada com a farmácia, uma cozinha e um banheiro para os funcionários. Todos os espaços com privacidade, higiene e organização, o que favorece brindar atendimentos de qualidade. O posto não conta com sala de vacina, mas os usuários que são atendidos, e precisam cumprir com esquema vacinal como é o caso das crianças e as gestantes, são encaminhados para um posto vizinho onde recebem suas vacinas. As vacinas que

são em campanhas são aplicadas na sala da enfermeira no próprio posto. A equipe recebe apoio do Equipe do NASF.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Picos é um município localizado no estado do Piauí e as pessoas que lá habitam se chamam picoenses. Localiza-se a noroeste da região nordeste do Brasil, sendo que o município se estende por 534,7 km². Picos conta com uma população de 79.294 habitantes e a densidade demográfica é de 148,3 habitantes por km² no território do município. Os municípios vizinhos são Sussuapara, Geminiano e São José do Piauí. Geograficamente, Picos é cortado pelo rio Guaribas e é uma cidade economicamente desenvolvida, sendo que a atividade econômica prevalente é a produção de mel. A macro região Vale do Rio Guaribas é formada por 4 aglomerados e 43 municípios, sendo que Picos é o município sede. A região toda conta com 365.398 habitantes.

Segundo os dados fornecidos pela secretaria de saúde, o município de Picos conta com 36 UBS, todas com Estratégia de Saúde da Família (ESF), não contando com Unidades Básicas de Saúde tradicionais. O município possui seis equipes de NASF que fazem atendimentos a todas as UBS de forma planejada, com cobertura suficiente para a demanda municipal. Existe também um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) que garante um atendimento odontológico especializado de qualidade aos usuários.

Também contamos com sete serviços especializados de medicina que ofertam atendimento das diversas especialidades, tais como a radiologia, gastroenterologia, traumatologia, cardiologia, oftalmologia, entre outras. Contamos com dois Hospitais municipais, que são o Hospital Regional e o Hospital de Dia. Além de sete instituições hospitalares privadas, conveniadas com o Sistema Único de Saúde (SUS), que fazem atendimentos de urgência e emergência, garantindo o acesso da população de forma gratuita no nível hospitalar.

Em Picos existem 44 clínicas e/ou laboratórios que fazem exames de forma gratuita aos usuários da macro região. Há cinco meses, foi inaugurada no município uma policlínica com atendimento pelo SUS, que cobre a demanda de várias especialidades médicas, tais como Urologia, Traumatologia, Neurologia, Psiquiatria, Oftalmologia e Cirurgia Geral.

A Unidade de Saúde da Família (USF) onde atuo é uma das unidades de saúde do município que está localizada na área urbana. É vinculada ao SUS e o modelo de atenção é a ESF. Possuímos vínculo com a UFPI. Na nossa USF atuam duas Equipes de Saúde da Família (ESF) e uma Equipe de Saúde Bucal (ESB) que presta atendimento a duas áreas de abrangência. Uma equipe de saúde faz atendimento à população de Passagem das Pedras e a equipe, a qual atuo, presta atendimentos para a população de Boa Vista, sendo que a USF encontra-se situada na área da localidade de Passagem das Pedras.

A equipe em que atuo é composta por um médico, um enfermeiro, duas técnicas de enfermagem, uma recepcionista e cinco ACS. Além disso, há uma ESB modalidade I, composta por um cirurgião dentista e uma ASB.

Temos a vantagem que o nosso local de trabalho foi construído para ser uma UBS, razão pela qual conta com a maioria dos locais para o desenvolvimento das ações de saúde, o que possibilita a melhor realização de nossas funções e a aceitação de nosso serviço pela população. Contamos com sala de recepção para os usuários, consultório odontológico, sala de vacinas, que não está em funcionamento no momento, sala de curativos, consultório de enfermagem com banheiro, consultório médico com banheiro, sala de almoxarifado, cozinha, banheiro para os funcionários e banheiro específico para cadeirantes, com a acessibilidade requerida.

Entretanto, ainda temos muitas limitações em nosso atuar devido ao fato de que a unidade estar localizada longe do local de moradia da população. Além disso, nossos usuários possuem baixo nível socioeconômico e ainda existe muita demanda reprimida, o que favorece que tenhamos usuários que acordam cedo para conseguir vagas e há filas de espera por atendimento, apesar das estratégias de planejamento estabelecidas na unidade para que isto não aconteça. Assim, temos avaliado o planejamento das consultas para diminuir a demanda excessiva que ainda existe e, deste jeito, mudar a cultura de assistência médica que ainda possui nossa população e que nós, como profissionais da saúde, temos que modificar trabalhando mais na promoção, educação popular em saúde e prevenção de doenças, que é a principal ferramenta da ESF.

A nossa área de abrangência já possui o seu mapeamento finalizado, porém, só participaram dessa ação os ACS e a enfermeira, pois nessa data a equipe ainda não estava completa. Não contamos com conselho local de saúde e com a

participação da comunidade nele, o que dificulta o contato com a população e o envolvimento dos usuários para com as atividades desenvolvidas pela equipe.

No que diz respeito às atribuições da equipe para com a comunidade, contamos com o levantamento de usuários acamados e aqueles portadores de condições especiais que requerem visitas domiciliares. Embora estas visitas sejam planejadas, às vezes, não conseguimos atender a demanda toda que é solicitada. A equipe toda participa de atividades de grupo, mas os profissionais da USF não promovem a participação da comunidade no controle social.

Quanto à organização da equipe, realizamos reuniões sem periodicidade definida, o que é uma dificuldade encontrada por nós. Nessas reuniões fizemos construção da agenda de trabalho e o planejamento de ações. Precisamos organizar melhor nossas ações e as atribuições de cada profissional e planejar as reuniões de equipe com periodicidade definida, preferencialmente semanal, para conseguir o melhor desenvolvimento das atividades como um todo.

Nossa população total cadastrada é de 2.658 habitantes, desses 1.426 são mulheres e 1.232 são homens. Toda a população é atendida pela equipe sem maiores dificuldades, já que as consultas estão sendo planejadas e agendadas e os usuários recebem atendimento no momento requerido.

Na USF não contamos com área específica para fazer o acolhimento da demanda espontânea, ela é feita na recepção. Também não contamos com uma equipe para fazer este acolhimento, dessa forma ele é feito pelos integrantes da equipe, que é o recomendado, pois qualquer profissional é capaz de acolher o usuário. A equipe que acolhe aplica algumas avaliações e classificações de risco biológico durante essa escuta, o que permite estabelecer o atendimento dos usuários segundo a prioridade. Quando iniciei as atividades no ESF em Picos me deparei com uma população que esteve descoberta de atendimento médico por muito tempo. Dessa forma, existia muita demanda reprimida, questão que foi sendo revertida com os atendimentos diários e hoje todos os usuários que procuram a ESF contam com sua vaga para o atendimento no dia sendo um resultado positivo que já conseguimos alcançar.

Os atendimentos de **saúde da criança** são feitos em nossa área de abrangência e acontecem em um turno por semana. Participa dessa ação a maioria dos integrantes da equipe, além disso, contamos com o apoio dos profissionais do NASF alcançando um atendimento integral às crianças assistidas. Contamos com os

protocolos de atendimento à saúde da criança, disponibilizados pelo Ministério da Saúde, além das cadernetas da criança e outros protocolos de avaliação e classificação de risco para o desenvolvimento programático das nossas ações. Também contamos com protocolos municipais para regular o acesso deste grupo a outras instituições de saúde. Embora contamos com os protocolos de atendimento, não possuímos registros específicos sobre a puericultura, o que é outra deficiência que precisamos melhorar.

Segundo as estimativas do Caderno de Ações Programáticas (CAP) há 40 crianças menores de 1 ano residentes na área de abrangência. Com os registros existentes na UBS a equipe está realizando o acompanhamento de 29 crianças menores de um ano, sendo um percentual de 73%.

Quanto ao processo de trabalho referente à puericultura, identificamos uma série de dificuldades a serem resolvidas, como conseguir manter as consultas em dia, melhorar no atraso das consultas e conseguir fazer a primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida. Apesar de não haver sala de vacina em funcionamento no ESF, temos que procurar que 100% das crianças tomem suas vacinas do esquema básico de imunização, como está estabelecido pelo Ministério de Saúde, (os usuários recebem suas vacinas num ESF vizinho). É de grande importância também a formação de grupos de puérperas, nos quais podemos fazer atividades de orientação quanto aos hábitos alimentares saudáveis, importância da vacinação e prevenção de lesões não intencionais que tanto aparecem nos dias de hoje.

O atendimento ao **pré-natal e puerpério** representa outra atividade desenvolvida pela equipe de saúde. Fazemos os atendimentos uma vez por semana, num turno, com a participação da maioria dos integrantes da equipe. Os atendimentos são feitos mediante as orientações descritas pelo protocolo para atendimento ao pré-natal, disponibilizados pelo Ministério da Saúde. Além disso, também utilizamos os protocolos de avaliação e classificação do risco gestacional para regular o acesso das gestantes a outros níveis de atenção. A maioria das captações das gestantes acontece no primeiro trimestre, quando são solicitados todos os exames correspondentes e são cadastradas no Programa do SIS pré-natal já na primeira consulta. As consultas subsequentes são planejadas de forma alternada entre a médica e o enfermeiro, sendo que a segunda consulta sempre é feita pela médica para avaliar os exames laboratoriais solicitados. Contamos com

serviço de odontologia e dos especialistas do NASF para que, assim, possamos chegar a uma avaliação integral e de qualidade às gestantes.

Segundo as estimativas do CAP deveria ter em torno de 39 gestantes na área de abrangência. Atualmente realizamos o acompanhamento de 13 gestantes, alcançando um percentual de 33%, conforme o CAP. Infelizmente, não possuímos dados referentes ao puerpério em nossa UBS, por esse motivo, não conseguimos fazer a estimativa dessa linha de cuidado no CAP.

No município contamos também com o apoio dos ginecologistas da policlínica e da Clínica de Saúde da Mulher. As gestantes possuem vinculação à maternidade de referência. Nas consultas de rotina do pré-natal realizamos atividades educativas e esclarecemos as dúvidas das gestantes, assim como são orientadas acerca da alimentação saudável, da importância das vacinas, do aleitamento materno e da atividade física. No nosso atuar do dia-a-dia temos aspectos que precisam ser melhorados no que se refere ao pré-natal, tais como a identificação das mulheres de risco gestacional e o acompanhamento delas, além da busca ativa das gestantes não cadastradas e a criação dos grupos de gestantes.

Observamos em nossa prática diária que a atenção ao pré-natal tem tido resultados favoráveis e acredito que, com o desenvolvimento do curso, teremos mais facilidade na identificação dos diferentes aspectos a melhorar. Assim, poderemos chegar ao privilégio de desempenhar um ótimo trabalho na população brasileira e na obtenção de indicadores de qualidade na saúde materno infantil.

Na minha USF a equipe também realiza atividades de **prevenção de Câncer de Colo de Útero e Câncer de Mama** com a participação da maioria dos profissionais. Dessa forma, se realiza exame citopatológico em dois turnos semanais, exame das mamas nas consultas, indicação de mamografias de rastreamento e ultrassonografia das mamas. Entretanto não temos o controle da periodicidade com que as mulheres devem realizar os exames, nem a organização necessária para um bom monitoramento a esse respeito. Além disso, não contamos com protocolo de prevenção do Câncer de Colo de Útero. Assim sendo, estamos muito longe de ter na nossa USF uma atenção de qualidade referente à saúde da mulher no que diz respeito ao câncer de mama e de colo de útero.

Segundo o CAP a estimativa de mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área de abrangência é de 644 usuárias. Não possuímos os dados e percentuais das mulheres acompanhadas quanto ao câncer de colo de útero na UBS. A estimativa

do CAP para mulheres entre 50 e 69 anos é de 200 usuárias e para esse caso também não possuímos os dados e percentuais quanto a mulheres nessa faixa etária acompanhadas quanto ao câncer de mama.

Acredito que temos muitas coisas a fazer no que diz respeito ao tema referente ao câncer de mama e de colo de útero e muitas dessas ações dependem de nós mesmos, integrantes da equipe. Para melhorar o processo de trabalho podemos desenvolver atividades de promoção de saúde, como incentivar na mudança de fatores de risco modificáveis, trabalhar na criação de grupos de adolescentes, desenvolver atividades de incentivo ao uso de preservativo na prevenção da infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV), orientação na realização do autoexame da mama mensal e confeccionar um livro de registro de informação de dados sobre estes programas.

Nos atendimentos dos adultos com **Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM)** participa a equipe toda, médico, enfermeiro, técnica de enfermagem, odontólogo e ASB, além disso, contamos com o grupo de apoio do NASF, da nutricionista, psicólogo e fisioterapeuta para o desempenho das ações multidisciplinares. Não contamos com protocolo de atendimento para os usuários, classificação para estratificar o risco cardiovascular, nem contamos com protocolos para regular o acesso de hipertensos e diabéticos a outros níveis do sistema de saúde. Também não temos o arquivo específico para os registros dos atendimentos desses usuários. É o enfermeiro que é responsável pelo cadastro dos usuários portadores das doenças de HIPERDIA e envio desses dados para a secretaria de saúde.

Segundo o CAP a estimativa de hipertensos e diabéticos com 20 anos ou mais na área de abrangência é de 534 e 153, respectivamente. Não foi possível o preenchimento dos demais dados no CAP devido a falta total de registros nessa linha de cuidado em nossa UBS.

Quanto aos fatores que a minha equipe poderia melhorar quanto ao processo de trabalho referente ao cuidado aos hipertensos e diabéticos posso citar que é muito importante completar o cadastro dos usuários e confeccionar um arquivo para o registro. É necessária também a pesquisa da morbidade oculta para evitar a aparição das complicações em usuários não diagnosticados e, portanto, não controlados. Também é importante promover a criação de um grupo de usuários com HAS e DM nas diversas micro áreas para realizar atividades de promoção e

prevenção das complicações próprias das doenças. Estas são doenças que precisam de mudanças de hábitos e estilos de vida para obter o melhor controle das mesmas. Nesse sentido, nossa UBS realiza ações educativas em cada atendimento feito aos hipertensos e diabéticos e todas as ações são encaminhadas para se conseguir estas mudanças. Destacam-se como atividades educativas importantes as orientações sobre a importância da atividade física, alimentação saudável, controle de peso e os malefícios para a saúde quando há o consumo excessivo do álcool e o tabagismo. Nossa população pertencente ao grupo de HIPERDIA aceita as orientações médicas e cumpre com elas em quase a totalidade, favorecendo o melhor controle, o que está faltando é uma melhor organização dos dados pela equipe.

A atenção à **pessoa idosa** faz parte do dia-a-dia da atenção básica em saúde. Os atendimentos são realizados todos os dias e nos dois turnos, tentando oferecer uma atenção integral e de qualidade sendo feita por todos os integrantes da equipe. Ao sair da consulta, o usuário idoso já tem a próxima consulta planejada, além de contar com a consulta odontológica, a qual se encontra limitada por não contar com o serviço de prótese dentária, sendo esta a maior demanda dos idosos no que se refere à saúde bucal. Também contamos com o apoio dos especialistas do NASF para aqueles idosos que precisarem.

Segundo as estimativas do CAP há 284 pessoas com 60 anos ou mais na área de abrangência. Atualmente a equipe tem cadastrados 135 usuários com 60 anos ou mais, tendo uma cobertura, segundo o CAP, de 48% apenas.

Temos muitas dificuldades identificadas pela equipe no que diz respeito à saúde do idoso, como a inexistência de um registro de informações e de dados, ausência de caderneta de saúde da pessoa idosa, estatuto do idoso e protocolos de atendimento para a população idosa. Mas consideramos que o acompanhamento que estamos fazendo as pessoas idosas em nossa USF é de qualidade, pois além de ter atendimentos aos usuários idosos todos os dias e nos dois turnos eles também possuem atendimento prioritário.

Devido às limitações físicas e psíquicas dos idosos, muitos deles necessitam de atenção domiciliar, atividade que é planejada pelos ACS e é realizada pelos integrantes da equipe segundo a demanda do usuário, sendo executada pelo médico, pelo enfermeiro ou pelos técnicos de enfermagem. Ainda temos muito que fazer para melhorar a qualidade deste acompanhamento em nossa USF, sendo que

a principal meta para a equipe é a formação de grupos de idosos, marcando um dia específico para fazer os atendimentos.

Os maiores desafios que minha USF apresenta no momento atual, estão direcionados fundamentalmente a uma maior organização e planejamento das ações de saúde a desenvolver. Com o preenchimento do CAP ao longo da unidade, detectamos que temos que trabalhar em todos os grupos e programas prioritários, mas os que mais necessitam de uma atenção emergente são a atenção à pessoa idosa, Hipertensos e diabéticos e o programa de prevenção de Câncer de Colo de Útero e Câncer de Mama, os quais tem atendimento, mas podem ser melhorados. Acredito que com o desenvolvimento do curso e a detecção das dificuldades fundamentais, temos dado uma mudança positiva na atenção básica de saúde embora ainda falta muito a fazer.

Na minha USF contamos com a vantagem de ter uma estrutura ótima para fazer os atendimentos, razão pela qual o usuário recebe uma consulta com a qualidade e a privacidade requerida. Além disso, temos uma equipe com todos os seus integrantes o que favorece nosso trabalho.

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

No início do curso de especialização, eu fiz uma avaliação de como era a situação da ESF no meu serviço. Foi possível identificar vários aspectos nos quais a equipe toda teria que trabalhar para melhorar a qualidade nos serviços e, assim, melhorar a qualidade de vida da população brasileira, especificamente das pessoas da Boa Vista, onde nós atuamos. Agora, depois de transitar pelo curso de especialização em saúde da família e com todos os elementos encontrados com sua ajuda, temos identificado as diversas dificuldades que apresentamos em cada programa priorizado na atenção básica de saúde e temos traçado estratégias para melhorar nesse sentido. Já temos algumas mudanças favoráveis para o desenvolvimento das ações de saúde. Acredito que o curso tem sido um guia de muito valor para todos. Hoje estou mais motivada na solução dos problemas de saúde identificados na minha USF.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

O foco da intervenção que será realizada na UBS Boa Vista, em Picos, PI, será direcionado aos usuários idosos (pessoas com 60 anos ou mais). A saúde do idoso aparece como uma das seis prioridades pactuadas no Pacto pela Saúde. O fato mais marcante para as sociedades atuais é o processo de envelhecimento populacional observado em todos os continentes. O aumento do número de idosos, tanto proporcional quanto absoluto, está a impor mudanças profundas nos modos de pensar e viver a velhice na sociedade. Todas as dimensões da vida humana já estão sendo desafiadas nesse sentido. De um lado, há maior preocupação por parte dos governos em assumir políticas favoráveis à manutenção da autonomia e independência das pessoas idosas. De outro, são as próprias pessoas idosas que têm buscado maior protagonismo social, principalmente naqueles países onde a democracia e o Estado de direito são conquistas efetivas da sociedade (BRASIL,2007). Este foco de intervenção foi escolhido pela equipe de saúde levando em conta a deficiência nos atendimentos desta população na área de abrangência. Desta forma se buscam alternativas para melhorar o desempenho do trabalho, procurando alcançar melhores resultados encaminhados ao bem-estar dos usuários e na melhoria da qualidade de vida.

A nossa ESF foi deslocada para outra UBS durante o desenvolvimento do curso de especialização. O espaço em que estamos alocados, embora não tenha sido construído para ser uma UBS, tem as condições mínimas de conforto e estrutura para o desenvolvimento das ações de saúde. Conta com recepção, um consultório médico com banheiro, um consultório de enfermagem, uma sala de curativo e farmácia, uma sala para os ACS, um banheiro para os funcionários e os

usuários e uma cozinha. A nova equipe está constituída por um médico, um enfermeiro, duas técnicas de enfermagem, cinco ACS e uma recepcionista. A população total atendida é de 2658 habitantes, sendo que 135 deles são idosos.

A área de abrangência da nossa USF caracteriza-se por ser uma área suburbana muito ampla, a população é muito carente, com baixa renda, muitos deles sem estudo. A população idosa demanda da atenção médica com muita frequência, levando em conta que a idade é um fator de risco para o desenvolvimento de muitas doenças crônicas e incapacidades. A população idosa cadastrada é de 135 idosos, e no momento possuímos apenas 48% de cobertura, de acordo com a estimativa do CAP. Os atendimentos dos idosos são feitos na UBS, em um turno semanal ou nas visitas domiciliares. Como eles são doentes em quase a totalidade, a percepção que eles têm das consultas é que essas possuem apenas o objetivo assistencial e nunca como uma consulta de acompanhamento, destinadas a receber orientações integrais.

A ESF é o espaço para o desenvolvimento das ações de saúde voltadas aos idosos. O cuidado comunitário do idoso deve basear-se na família e na atenção básica pela possibilidade de maior reconhecimento dos problemas e desenvolvimento do vínculo com o idoso. Nosso principal objetivo está em melhorar as condições de saúde desta parcela da população que, pelas características de vulnerabilidade, demanda atenção as suas especificidades. Dessa forma é necessário preparar os profissionais para atuar na promoção em saúde, na prevenção de agravos, no tratamento e na reabilitação de doenças, em especial as crônico-degenerativas. Acredito que o foco de intervenção terá muito valor em nossa UBS, pois será uma ferramenta na melhoria da qualidade de vida deste grupo prioritário. A equipe encontra-se envolvida na revisão do cadastro da população, já planejamos um turno semanal, com uma cobertura de 15 atendimentos por turno, para a população alvo. Temos identificadas várias dificuldades no acompanhamento dos idosos, pois não contamos com um registro de informações e dados, nem com caderneta de saúde da pessoa idosa, não temos protocolos de atendimentos para eles, por isso que no momento as consultas não contam com a qualidade requerida. Já temos traçados objetivos e metas para melhorar a qualidade. As ações de promoção em saúde que desenvolvemos na atualidade são ações de promoção de atividades físicas, hábitos alimentares saudáveis e tratamentos dos problemas

clínicos em geral. Mas estas atividades são nas consultas individuais, por essa razão, a equipe de saúde encontra-se trabalhando na criação de grupos de idosos.

Como principais dificuldades e/ou limitações na UBS temos o baixo nível cultural da população, as irregularidades nas ruas e a presença de muitos morros que limitam o deslocamento dos usuários a UBS e a inexistência de ESB. Os aspectos mais relevantes que podem ajudar na viabilização e realização da intervenção são a vontade e o desejo da equipe na realização das atividades do foco de intervenção na melhoria da qualidade e condições da saúde e de vida dos idosos no domicílio, com autonomia e independência.

2 Objetivos e metas

2.1 Objetivo geral

O objetivo geral da nossa intervenção é melhorar a qualidade dos atendimentos da população idosa na UBS Boa Vista, Picos, PI.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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 70%.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade de atenção ao idoso na UBS.

Meta 2.1. Realizar avaliação multidimensional rápida em 100% da população idosa, utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado nas consultas, incluindo exames físicos dos pés e a palpação dos pulsos pediosos e tibial posterior e medida da sensibilidade a cada três meses para 100% dos diabéticos.

Meta 2.3. Solicitar a realização dos exames complementares periódicos a 100% dos idosos com diabetes e hipertensão.

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

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

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

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

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

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

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

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

Meta 3.1. Realizar a busca ativa de 100% dos idosos faltosos a consulta.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1. Manter registro específico sobre a saúde do idoso.

Meta 4.2. Distribuir a Caderneta de Saúde do Idoso a 100% dos idosos.

Objetivo 5: Avaliar o risco dos idosos da área de abrangência.

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

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos.

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto foi estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na USF Boa Vista, no Município de Picos, Estado Piauí. Participaram da intervenção os idosos (pessoas com 60 anos ou mais) pertencentes à área de abrangência.

Foram responsáveis pelo desenvolvimento da intervenção todos os profissionais pertencentes a equipe multiprofissional.

2.3.1 Detalhamento das ações

Para o pleno desenvolvimento e alcance das metas e objetivos da nossa intervenção, algumas ações serão desenvolvidas e estão detalhadas a seguir.

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

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade para 70%.

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: Monitorar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde periodicamente (pelo menos mensalmente), por meio das fichas espelho de cada usuário e através da digitação dos dados na planilha de coleta de dados.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO: no eixo de organização e gestão do serviço vamos acolher os idosos; cadastrar todos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde e atualizar as informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Pretendemos realizar essas ações através do trabalho em conjunto dos ACS, fazendo visitas a todos os idosos da área em suas casas e explicando a existência do projeto de modo que eles sintam-se motivados em participar dele.

ENGAJAMENTO PÚBLICO: As questões referentes ao engajamento público serão acionadas por meio do esclarecimento da comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde. Além disso, será informada a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao idoso nas palestras e espaços sociais.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA: Já a qualificação da prática clínica acontecerá por meio de ações de capacitação da equipe no acolhimento aos idosos e para a Política Nacional de Humanização; capacitar os ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço. Essas atividades acontecerão nas reuniões de equipe.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na UBS.

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: quanto às ações a desenvolver no eixo de monitoramento e avaliação vamos monitorar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida em todos idosos acompanhados pela unidade de saúde, o que deve ser pelo menos uma vez por ano (especificamente dentro dos quatro meses que vai durar o projeto).

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO: Já no eixo organização e gestão dos serviços teremos que garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropômetro, Tabela de Snellen...) e definir as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos. Para isso teremos que contar com o apoio da gestão, da secretaria de saúde, pois atualmente só temos a balança. Além disso, será preciso incluir os membros da equipe na medição dos parâmetros vitais dos usuários em cada consulta.

ENGAJAMENTO PÚBLICO: as ações para o engajamento público serão feitas diante a orientação da comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável. Também pretendemos compartilhar com os usuários as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social. Isso será feito durante as palestras e nos próprios atendimentos clínicos.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA: no eixo de qualificação da prática clínica os profissionais serão capacitados para o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pela UBS; serão treinados para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida e para o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas.

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 a medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: as ações de monitoramento e avaliação serão feitas durante o monitoramento da realização deste exame clínico por meio da ficha espelho de cada usuário que será o guia do profissional durante o atendimento.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS: será definido as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos determinando quem vai realizar cada procedimento nas medições dos parâmetros vitais. Será garantida a busca aos idosos que não realizaram o exame clínico apropriado através de visitas domiciliares realizadas pelos ACS. Será organizada a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das visitas domiciliares. A gestão conseguirá garantir a referência e contra referência de usuários com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades, por meio dos convênios com as clínicas da cidade.

ENGAJAMENTO PÚBLICO: durante as consultas e palestras realizadas, serão orientados 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.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA: para cumprir com o eixo de qualificação da prática clínica será capacitada a equipe para a realização do exame clínico apropriado e para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas. Essas ações serão feitas nas reuniões de equipe, com a participação de todos os profissionais.

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: será realizado o monitoramento do número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde e o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada, através da digitação dos dados na planilha de coleta de dados.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS: nesse eixo será garantida a solicitação dos exames complementares, garantido com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo e

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

ENGAJAMENTO PÚBLICO: as ações no eixo de engajamento público serão executadas com a orientação aos usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares e sua periodicidade durante as consultas clínicas.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA: as ações do eixo de qualificação da prática clínica serão executadas com a capacitação da equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares.

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: A ação fundamental no eixo de monitoramento e avaliação é monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular / Hiperdia e para isso estamos fazendo uma revisão dos tratamentos que cumprem os idosos da UBS para Hipertensão e Diabetes e priorizando o uso dos medicamentos disponibilizados pelo SUS na UBS e na Farmácia Popular.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO: será feita a realização de controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos e a realização de um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde, por meio de uma listagem.

ENGAJAMENTO PÚBLICO: as questões de engajamento público serão acionadas com a orientação aos usuários e a comunidade durante as consultas clínicas sobre o direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA: serão realizadas ações de atualização dos profissionais no tratamento da hipertensão e/ou diabetes, capacitação da equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: as ações de monitoramento e avaliação estarão sendo efetivadas diante o monitoramento do número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados, os ACS têm identificados os idosos acamados e levado essas informações para a equipe.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO: está sendo garantido o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa, ação que já é feita nas reuniões da equipe.

ENGAJAMENTO PÚBLICO: nas ações de engajamento público será informada a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da Unidade de Saúde e serão orientados sobre os casos que são considerados acamados ou com problemas de locomoção.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA: as questões referentes à qualificação da prática clínica serão acionadas por meio da capacitação dos ACS para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência, orientações aos ACS sobre o cadastro, por meio de capacitações que já estão sendo executadas nas reuniões da equipe.

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: O monitoramento desta ação vai ser realizado pelos ACS diante um registro feito com o fim de ter cadastrado e identificado o idoso acamado ou com problema de locomoção que esteja necessitando de visita domiciliar.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS: neste aspecto a equipe já está envolvida na organização da agenda para visitar aos idosos acamados ou com problemas de locomoção, necessitados de visita domiciliar.

ENGAJAMENTO PÚBLICO: as ações desenvolvidas neste eixo serão no sentido de orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar e sobre a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados ou com problemas de locomoção, sendo que serão ações realizadas durante as consultas clínicas.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA: as ações da qualificação da prática clínica serão desenvolvidas diante orientações aos ACS sobre o cadastro, identificação e

acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção e para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar.

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: a ação fundamental a realizar referente ao eixo de monitoramento e avaliação será monitorar o número de idosos submetidos a rastreamento para HAS, pelo menos uma vez por ano, por meio das fichas espelho.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS: serão realizadas ações de melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS e garantir o material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde, ação que já está sendo realizada devido a disponibilidade desses materiais na UBS.

ENGAJAMENTO PÚBLICO: as ações de engajamento público orientarão a comunidade durante as consultas clínicas 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.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA: será capacitada a equipe da UBS para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito o que já é um ganho para a equipe, pois as técnicas de enfermagem já estão capacitadas para a ação.

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: para esse eixo será traçado o monitoramento do número idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM, pelo menos anualmente, por meio da planilha de coleta de dados.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS: será melhorado o acolhimento para os idosos portadores de DM, garantido o material adequado para realização do Hemoglicoteste na unidade de saúde e criado sistema de alerta na ficha de acompanhamento para indicar o idoso que provavelmente terá que realizar o Hemoglicoteste.

ENGAJAMENTO PÚBLICO: será orientado a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmHg ou para aqueles com diagnóstico de HAS. Também será orientado à comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM, aspecto que é muito importante para que os usuários façam a detecção e melhor controle.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA: as questões referentes à qualificação da prática clínica serão acionadas por meio da capacitação da equipe da UBS para realização do Hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de HAS.

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: como não possuímos ESB, a médica será a responsável pela realização da avaliação da necessidade de atendimento odontológico nos usuários idosos. Também a médica fará o monitoramento da avaliação da necessidade de tratamento odontológico dos idosos por meio das fichas espelho e planilha de coleta de dados.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS: será planejado o acolhimento aos idosos na unidade de saúde; cadastramento dos idosos na unidade de saúde; atendimento prioritário quanto a avaliação da necessidade de atendimento odontológico, que será feita pela médica, nas consultas clínicas, devido a falta de ESB.

ENGAJAMENTO PÚBLICO: vamos informar a comunidade sobre a importância de avaliar a saúde bucal dos idosos por meio de atividades educativas e a importância de se deslocar até a UBS vizinha para receber o atendimento odontológico aqueles idosos que estivessem precisando.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA: no eixo de qualificação da prática clínica está previsto capacitar a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em idosos.

Meta 2.10: Realizar a primeira consulta odontológica programática em 100% dos idosos cadastrados.

Ações: Levando em conta que a equipe não possui ESB, os usuários necessitados de atendimento odontológico serão encaminhados para que possam ser atendidos e/ou receber a primeira consulta odontológica em outra UBS, conforme está planejado pela secretaria de saúde do município. Dessa forma, a equipe da UBS Boa Vista não terá como monitorar a realização das ações referentes a essa meta devido a esse problema enfrentado.

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

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: No eixo de monitoramento e avaliação a ação fundamental será monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela unidade de saúde, por meio da planilha de coleta de dados.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO: serão organizadas as visitas domiciliares para buscar os faltosos e organizaremos a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares.

ENGAJAMENTO PÚBLICO: será informada a comunidade sobre a importância da realização das consultas, escutado a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos idosos e esclarecido os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA: aproveitaremos o marco das reuniões da equipe para levar a cabo as ações quanto a qualificação da prática clínica e dentro dela serão treinados os ACS para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade e definir com a equipe a periodicidade das consultas.

Objetivo 4: Melhorar o registro de informações.

Meta 4.1. Fazer o registro de 100% das pessoas idosas.

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: será monitorada a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na UBS por meio das fichas espelho e das planilhas de coleta de dados.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS: as informações do SIAB serão atualizadas; será implantada a planilha/registro específico de acompanhamento do

atendimento aos idosos; pactuado com a equipe o registro das informações; definiremos o responsável pelo monitoramento dos registros e será organizado um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, o atraso na realização de exame complementar, a não realização da Avaliação Multidimensional Rápida e dos demais procedimentos preconizados.

ENGAJAMENTO PÚBLICO: a ação fundamental no eixo de engajamento público consistirá em orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA: a ação de qualificação da prática clínica será feito por meio do treinamento da equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos.

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: Como ação principal no eixo de monitoramento e avaliação teremos o monitoramento dos registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, através do registro dessa entrega na ficha espelho e na planilha de coleta de dados.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS: será solicitado ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde do Idoso como ação de organização e gestão dos serviços.

ENGAJAMENTO PÚBLICO: serão orientados os idosos e a comunidade nas consultas sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA: a qualificação da prática clínica será executada diante a capacitação da equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa na reunião de equipe.

Objetivo 5: Melhorar a avaliação de risco.

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: será monitorado o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência por meio da planilha de coleta de dados.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS: será priorizado o atendimento aos idosos de maior risco de morbimortalidade.

ENGAJAMENTO PÚBLICO: no eixo de engajamento público os idosos estarão sendo orientados sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA: será realizada a capacitação dos profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa na reunião de equipe.

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: será monitorado o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice, por meio das fichas espelho.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS: serão priorizados os atendimentos aos idosos fragilizados na velhice.

ENGAJAMENTO PÚBLICO: serão orientados os idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA: será realizada a capacitação dos profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice durante as reuniões de equipe, por meio da educação permanente.

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: será monitorada a realização da avaliação da rede social em todos os idosos da área de abrangência e daqueles que possuem uma rede social diferente. Conseguiremos isso com o auxílio dos ACS nas reuniões de equipe.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS: será facilitado o agendamento e as visitas domiciliares nesses idosos com rede social deficiente por meio da priorização desses usuários.

ENGAJAMENTO PÚBLICO: serão orientados os idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na UBS e estimular na comunidade a promoção da socialização do idoso e o estabelecimento de redes sociais de apoio.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA: na reunião de equipe serão capacitados os profissionais para avaliar a rede social dos idosos durante os atendimentos e visitas.

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos.

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: será monitorada a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos e monitorado o número de idosos com obesidade / desnutrição.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS: já como ação no eixo de organização e gestão do recurso será importante definir o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis aproveitando os momentos das consultas e as visitas domiciliares para tal.

ENGAJAMENTO PÚBLICO: o engajamento público será executado diante a orientação dos idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA: as questões referentes à qualificação da prática clínica acontecerão por meio de ações de capacitação da 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", orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos e a criação de grupo de Idosos para oferecer todas estas orientações.

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: será monitorada a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos, assim como o número de idosos que realizam atividade física regular.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS: será fundamental definir o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular e demandar junto ao gestor municipal parcerias institucionais para realização de atividade física.

ENGAJAMENTO PÚBLICO: será realizada a orientação aos idosos e a comunidade para a realização de atividade física regular.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA: nas reuniões será capacitada a equipe para orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular.

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: vamos monitorar as atividades educativas individuais por meio das fichas espelho.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS: a ação de organização e gestão do serviço será possível com a organização do tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

ENGAJAMENTO PÚBLICO: serão orientados os idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias, que constitui a ação fundamental no eixo de engajamento público.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA: será feita a capacitação da equipe para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias.

2.3.2 Indicadores

Referente ao objetivo1: 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 70%.

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

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa.

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

Referente ao objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na UBS

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

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

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

Denominador: Número de idosos cadastrados 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 2.2: Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia.

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

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

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

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

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

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa e 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 2.4: Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Numerador: Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular.

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

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

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

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

Denominador: Número de idosos acamados ou com problema de locomoção pertencentes a área de abrangência de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de idosos acamados ou com problema de locomoção cadastrados no programa e pertencentes à área de abrangência.

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

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

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

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa e pertencentes à área de abrangência.

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

Indicador 2.8: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus.

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

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

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

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

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa e pertencentes à área de abrangência.

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

Indicador 2.10: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

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

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

Referente ao objetivo 3: Melhorar a adesão.

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

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

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

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programáticas.

Referente ao objetivo 4: Registro

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

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

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

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa e pertencentes à área de abrangência.

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

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

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

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa e pertencentes à área de abrangência.

Referente ao objetivo 5: Avaliação de risco

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

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

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

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa e pertencentes à área de abrangência.

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

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

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

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa e pertencentes à área de abrangência.

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

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

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.

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

Referente ao objetivo 6: Promoção da saúde

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

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

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

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa e pertencentes à área de abrangência.

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

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

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

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa e pertencentes à área de abrangência.

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

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

Numerador: Número de idosos com orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa e pertencentes à área de abrangência.

2.3.3 Logística

Levando em conta a logística necessária para realizar a intervenção sobre a atenção a saúde da pessoa idosa vamos utilizar instrumentos como o protocolo de saúde da pessoa idosa disponibilizado pelo Ministério de Saúde, o prontuário do

usuário idoso e a caderneta de saúde do idoso. No prontuário do idoso não se prevê a coleta de informações sobre Avaliação Multidimensional Rápida, Saúde Bucal, risco de morbimortalidade e realização de atividade física. Para conseguir coletar todos os dados necessários ao monitoramento da intervenção a médica e o enfermeiro complementaram a ficha espelho disponibilizada pelo curso (anexo C) para que se consiga registrar todos os dados necessários. Faremos contato com os gestores municipais para dispor as cadernetas de saúde do idoso, as fichas espelho e para a impressão das fichas espelho. O acompanhamento da intervenção será semanal através de um livro de registro e por meio da planilha eletrônica de coleta de dados (anexo B).

Para a organização do registro específico do programa dos idosos será criado um livro de registro onde serão colocadas as informações dos indicadores avaliados na intervenção identificando todos os idosos que participarão do projeto. Esse instrumento será atualizado semanalmente depois de cada turno para atendimento ao idoso. Utilizar-se-ão todas as fichas dos idosos que vieram à consulta, e as cadernetas de saúde do idoso e se transcreverão para as fichas espelho. Desta forma poderemos monitorar cada indicador e avaliar a intervenção.

LOGÍSTICA DAS AÇÕES DO EIXO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

A ação de monitorar a cobertura dos idosos com acompanhamento na unidade de saúde será realizada semanalmente, pelo enfermeiro, revisando as fichas espelho, quando passará os dados ali encontrados para o livro de registros do programa. Através dessa ação já poderá ser monitorado os idosos que realizaram a avaliação multidimensional rápida; aqueles que passaram pelo exame clínico apropriado, que deve estar especificado na ficha; o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo e na periodicidade requerida; o número de idosos submetidos a rastreamento para HAS e DM; o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo; a qualidade dos registros; o número de idosos de maior risco de morbimortalidade; número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice; se foi realizado a avaliação da rede social dos idosos acompanhados na UBS e daqueles que possuem uma rede diferente; a realização da orientação nutricional; o número de idosos com obesidade/ desnutrição; os que receberam orientações de atividade física e aqueles que realizam essas atividades.

Através de uma listagem disponível na farmácia da unidade com o nome de todos os idosos e a medicação que cada um toma, vamos poder monitorar o acesso deles aos medicamentos da farmácia popular/HIPERDIA. Para isso precisaremos de computador, papel e caneta e a responsável pela ação será a técnica de enfermagem.

Os ACS serão os responsáveis por monitorar o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção e farão isso nas visitas de rotina, trazendo as informações semanalmente para a equipe, durante as reuniões.

Levando em conta que na UBS não temos equipe saúde bucal, a própria equipe fará o monitoramento da necessidade de tratamento odontológico dos idosos através do controle do número de idosos existente na área e pelo agendamento sistematizado deles.

LOGÍSTICA DAS AÇÕES DO EIXO DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Para as ações referentes ao eixo de organização e gestão do serviço, o enfermeiro será responsável por cadastrar todos os idosos e por atualizar as informações do SIAB. Para isso necessitará de computador com acesso a internet e essa ação será realizada durante o expediente de trabalho. Além de garantir a coordenação com os gestores municipais de saúde para que providenciem os recursos necessários para aplicação da avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropômetro, Tabela de Snellen...), material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e para a realização do hemoglicoteste na unidade de saúde, a agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo, e a disponibilização da caderneta de saúde do idoso, e a solicitação de parcerias institucionais para realização de atividade física.

Durante a reunião de equipe definiremos as atribuições de todos os profissionais e as ações de acolhimento dos idosos que chegam na consulta, os idosos hipertensos e diabéticos atendidos na UBS, aqueles provenientes das visitas domiciliares tanto hipertensos, diabéticos como os faltosos a consultas, assim como o estabelecimento de prioridades no atendimento a idosos de maior risco de morbimortalidade e aos idosos fragilizados na velhice, será realizado pelas técnicas de enfermagem no momento de sua chegada na UBS. Também facilitaremos o

agendamento e visita domiciliar aos idosos com rede social diferentes, com planejamento prévio e auxílio dos ACS.

Os ACS realizarão a busca ativa dos idosos que não realizaram exame clínico apropriado, já identificados no livro de registro; dos idosos com atraso na realização de exames complementares, dos idosos acamados ou com problemas de locomoção, dos que precisarem de visita domiciliar assim como dos faltosos a consulta.

Garantir a realização do exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na UBS; sua referência e contra referência; a solicitação dos exames complementares; a revisão do tratamento dos hipertensos e diabéticos com o objetivo de priorizar o uso dos medicamentos da farmácia popular; a determinação dos idosos que precisarão consulta; organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual a cada usuário serão ações a executar pela médica da UBS na realização de cada consulta.

A ação de realizar o controle de estoque, incluindo a validade, das medicações e organizar uma listagem com o nome dos idosos e as medicações que necessitam será feita mensalmente, pela técnica de enfermagem.

Ações de promoção como a orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, a orientação para a prática de atividade física regular e a orientação sobre a higiene em geral e sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias, serão executadas pela equipe todo nos diferentes momentos de contato com os usuários tanto nas consultas como nas visitas domiciliares.

LOGÍSTICA DAS AÇÕES DO EIXO DE ENGAJAMENTO PÚBLICO

As ações de engajamento público começarão fazendo um contato com os representantes da comunidade onde informaremos da existência do Programa de Atenção ao Idoso e a apresentação do projeto na comunidade, explicaremos os objetivos que serão avaliados nele, assim como o tempo de duração e a possibilidade da continuidade depois da terminação do projeto.

Todas as demais ações referentes ao engajamento público serão realizadas nos diferentes encontros com a comunidade. Utilizaremos o espaço da escolha pertencente à comunidade no horário depois dos atendimentos para desenvolver as ações, com uma periodicidade mensal. Participarão todos os profissionais da equipe, serão necessários materiais didáticos, data show, papel e caneta.

Solicitaremos apoio da comunidade e a família em caso que o idoso apresentasse alguma dificuldade de risco para a identificação rápida e a tomada de uma conduta adequada; no sentido da importância dos idosos realizarem os exames complementares e sobre as facilidades de realizá-lo com prioridade; importância de identificar os usuários com necessidade de visita domiciliar; sobre a conscientização dos idosos da saúde bucal; na busca de usuários faltosos a consulta já identificados na UBS; na prevenção dos riscos modificáveis presentes; na participação nas ações de prevenção de saúde. Estas ações serão desenvolvidas pelos ACS nas visitas de rotina, quando também ouvirão a comunidade sobre as estratégias para a não evasão dos idosos.

LOGÍSTICA DAS AÇÕES DO EIXO DE QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Todas essas ações de capacitações e treinamentos serão realizadas na própria UBS, no espaço reservado para as reuniões de equipe, serão realizadas pelos próprios profissionais da UBS, e a população alvo será os próprios profissionais. Essas capacitações terão o intuito de melhorar a qualidade dos atendimentos de forma geral e para tal se utilizarão materiais como manuais e protocolos do Ministério da Saúde, papel e caneta, computadores, Datashow,

Neste eixo serão realizadas ações de atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes, atualização que será executada nas reuniões da equipe com uma periodicidade mensal se necessário. A responsável desta atualização vai ser a médica e serão utilizados para este fim os protocolos do Ministério de Saúde para o tratamento destas doenças.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

No início da intervenção era inacreditável conseguir alcançar os objetivos, metas, ações e indicadores que estavam planejados. Foram dias de preocupação, dúvidas, temores. Havia pouco tempo e a equipe tinha sido reestruturada e não estava conseguindo se adaptar adequadamente, o que constituiu outra situação difícil. Também tivemos várias interrupções dentre as 12 semanas, já que celebrou-se o carnaval, teve minhas férias, semana santa, não propiciando uma periodicidade adequada nos atendimentos.

Sem dúvidas o projeto de intervenção veio a mudar para positivamente a nossa UBS. Podemos mencionar algumas mudanças, como, por exemplo, a realização de reuniões semanais fazendo parte da rotina da unidade, com todos os profissionais participando, algo que não acontecia anteriormente. Para a equipe a intervenção trouxe união, adesão e o funcionamento das atividades entre os profissionais, como uma verdadeira equipe. Para o serviço um dos ganhos é que hoje os idosos contam com um turno semanal para seus atendimentos e se sentem bem acolhidos na UBS.

O esforço da equipe foi muito grande, principalmente pelo fato da intervenção ter sido encurtada, visto que a equipe queria atingir as metas pactuadas desde o início. Dessa forma, foi necessário conter a ansiedade e foi necessário fazer algumas mudanças dentro da rotina semanal.

Durante todo o tempo da intervenção tivemos grandes dificuldades em relação ao processo de trabalho por que somos uma equipe pequena que não conta com ESB, fato que nos obrigou a não pactuar a meta de realizar a primeira consulta odontológica nos usuários, devido ao fato dessa ações ser atribuição do dentista e não tivemos como ter uma retroalimentação de outra ESB para

realizar essa ação.

Dentro das ações que estavam previstas a serem desenvolvidas, a maioria delas foi possível executar em sua totalidade, mas algumas foi difícil de levar a cabo.

As ações do eixo de monitoramento e avaliação no objetivo de ampliar a cobertura foram possíveis de serem realizadas a cada mês. Já no objetivo de melhorar a qualidade dos atendimentos clínicos tínhamos previsto monitorar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida em todos idosos acompanhados pela unidade de saúde, monitorar a realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados, monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados e realizados de acordo como protocolo, monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular / Hiperdia, monitorar o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados, monitorar realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção, monitorar o número idosos submetidos a rastreamento para HAS, monitorar número idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM. Ações que foram realizadas todas em cada acompanhamento feito aos idosos segundo foi exposto em cada semana no preenchimento das planilhas de coleta de dados.

No objetivo de adesão estava previsto monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela unidade de saúde o que foi possível realizar em quase a totalidade dos idosos, os quais foram acompanhados mensalmente com os retornos agendados. Alguns poucos não chegaram ao retorno marcado e foi necessário fazer a busca ativa deles por meio dos ACS. Para conseguir a maior qualidade nos registros dos idosos acompanhados na UBS, foi preciso monitorar as fichas espelho as quais existem e estão atualizadas em 100% deles. Os registros na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa não foram possíveis de ser realizados em 100% dos usuários, pois infelizmente não contamos na UBS com 100% das cadernetas, apesar dos esforços e as tentativas feitas pelos integrantes da equipe em solicitar esse material. Já na avaliação de risco executou-se o monitoramento do número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência, o número de idosos investigados para

indicadores de fragilização na velhice, a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS e o monitoramento de todos os idosos com rede social deficiente os quais também foram identificados. Na promoção de saúde monitorou se a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos, o número de idosos com obesidade / desnutrição, a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos, o número de idosos que realizam atividade física regular e as atividades educativas individuais, este monitoramento executou se mediante o planejamento gráfico das palestras realizadas cada semana no acolhimento.

No eixo de organização e gestão dos serviços foram planejadas e executadas várias ações, o recadastramento da totalidade dos idosos foi feita em cada mês da intervenção. O acolhimento é uma ação que é realizada cada dia de atendimento, as atualizações dos registros do SIAB são feitas pelo enfermeiro em cada dia de atendimento e atualizadas para a secretaria mensalmente, em cada reunião de equipe realizada todas as sextas-feiras foram expostas as atribuições dos profissionais assim como a participação de cada um deles na realização do exame clínico do idoso. Garantiu-se busca a idosos que não realizaram exame clínico apropriado, organizou se a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares, garantiu se também a referência e contra referência de usuários com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades, realizou se a solicitação dos exames complementares se solicitou ao gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo se estabeleceu sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados, se realizou controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos e se estabeleceu um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Foi garantido o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa e organizou se a agenda para visitar o 100 % dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. Já na ordem do sistema de registro desde o inicio da intervenção a equipe conta com as fichas espelho em quantidade suficiente, mas a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa tem sido uma dificuldade grande. Temos planejado para realizar na primeira e na quinta semana a solicitação ao gestor municipal da disponibilização da

Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e de outros insumos. Mas tivemos que mudar essa data porque na realidade foi necessário frequentar a secretaria municipal as duas primeiras semanas na busca de soluções para a não existência da Caderneta o qual nunca teve solução, a equipe contou com uma pequena quantidade de Cadernetas as quais foram resolvidas por gestão do enfermeiro e da médica. A resposta da doutora responsável pelo departamento de ESF tudo o tempo foi negativa, sendo que no transcurso das 12 semanas eles não providenciaram as Cadernetas. O argumento foi que essas Cadernetas foram distribuídas no ano 2008. Em cada atendimento na avaliação de risco se priorizou o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência, o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice, a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS e se priorizou o agendamento de visitas domiciliares de todos os idosos com rede social deficiente os quais também foram identificados e encaminhados com o assistente social. A promoção de saúde se definiu o profissional responsável pela orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos, o número de idosos com obesidade / desnutrição, a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos, o número de idosos que realizam atividade física regular e as atividades educativas individuais.

No eixo do engajamento público a apresentação do projeto de intervenção na comunidade que estava previsto para ser desenvolvida na primeira, quinta e na nona semana, não foi possível cumprir por questões de organização e participação da comunidade. Razão pela qual foi necessário realizar três apresentações nas três primeiras semanas nas diferentes micro áreas. Mas finalmente foi do conhecimento de toda a população a existência do projeto e nota se sua participação e colaboração. Apesar de ter sido possível finalmente esclarecer a comunidade a existência do projeto, e explicar para eles todas as questões no referente a importância de os idosos fazer o acompanhamento na UBS, a importância de realizar o exame clínico apropriado em dia, o cumprimento dos tratamentos médicos sobre todo naqueles idosos que sofrem de HAS e DM, a realização das medições dos parâmetros vitais incluindo medição da PA e a realização do HGT nos idosos com DM e com PA sustentada maior que 135/80 mmHg, a realização dos exames complementares

com a periodicidade requerida no protocolo, compartilha as condutas esperadas em cada consulta com os usuários para que eles possam exercer controle social, explicar os fatores de risco para desenvolver as doenças como HAS e DM, explicar também a possibilidade das visitas domiciliares em idosos acamados ou com problemas de locomoção, as avaliações de risco para morbimortalidade, fragilização na velhice, orientações sobre hábitos alimentares saudáveis, prática de atividade física, importância da higiene bucal. Acredito que neste eixo ainda estamos deficientes e constitui um reto a desenvolver no decorrer do tempo, pois é de grande importância a participação ativa da comunidade nas atividades da UBS.

No eixo da qualificação da prática clínica converteu-se num costume das reuniões da equipe as capacitações segundo estava previsto no cronograma e na planilha de OMIA. As técnicas de enfermagem receberam capacitação no que refere-se ao acolhimento dos idosos que chegam ao PSF por primeira vez, ou como resultado dos retornos marcados no mês anterior, assim como os que chegam como resultado das buscas ativas dos idosos faltosos no mês anterior. Também foram capacitadas em quanto a orientar aos idosos sobre alternativas para obter acesso a medicamentos da farmácia popular de Hiperdia. Também foi motivo da capacitação das técnicas de enfermagem o referente a verificação da pressão arterial de forma criteriosa e a realização do Hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135x80mmHg ou daqueles que sofrem de Hipertensão Arterial Sistêmica. Elas duas foram capacitadas no que é a realização da avaliação da necessidade de atendimento odontológico em idosos e no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento ao idoso. Todas estas capacitações foram realizadas na sala dos ACS (espaço onde sempre são desenvolvidas as reuniões da equipe). Para isso foram utilizados materiais como (protocolo de atendimento a pessoa idosa, computador, lápis, caneta, fita, esfigmomanômetro, glicosímetro, entre outros)

O espaço das reuniões da equipe foi utilizado também para capacitações que foram dirigidas especificamente para os ACS, tais como o cadastramento dos idosos, a realização de um registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção, o planejamento das visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção priorizando tanto para as visitas

como para os atendimentos na UBS aos idosos de maior risco de morbimortalidade, idosos com fragilização na velhice, o planejamento de visitas domiciliares dando prioridade aos idosos com rede social deficiente. Para estas capacitações foram necessários recursos materiais tais como papel, lápis, computador, protocolo de atendimento da pessoa idosa entre outros.

Também no momento das reuniões da equipe se realizou a atualização dos profissionais da equipe em quanto à terapêutica da HAS e DM, feita pelo enfermeiro, também foi definida na equipe a periodicidade das consultas aos idosos a que ficou para ser mensal durante a intervenção. No marco das reuniões da equipe também o enfermeiro falou o relacionado com a política nacional de humanização.

Como já tínhamos dito no decorrer da intervenção já o programa de atenção à saúde da pessoa idosa é uma realidade na nossa UBS. Apesar de ainda estar distante da perfeição, eu estou satisfeita com os resultados obtidos até o momento, pois em apenas 12 semanas a equipe conseguiu incorporar 70% dos idosos ao acompanhamento na UBS com a qualidade preconizada pelo protocolo. Agora os idosos são os consentidos da UBS, e lutam por os seus direitos fazendo presença cada semana na UBS. Uma situação que já é irrevocável, eu acredito que chegou para ficar por sempre. A meta da equipe é alcançar o 100 % dos idosos acompanhados na UBS em um período de outros dois meses.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Neste aspecto, tenho que dizer que quase todas as ações previstas no projeto foram desenvolvidas umas completamente e outras parcialmente e já foram descritas acima. A única ação que não foi possível desenvolver foi a primeira consulta odontológica à população alvo, devido a fato de não ter equipe de saúde bucal na UBS e a gestão não disponibilizou outra ESB que pudesse assistir os nossos usuários idosos.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

No início do projeto tivemos dificuldades na coleta de dados, pelo fato de não contar com os registros para os usuários, o que hoje já temos resolvido e

facilita o nosso trabalho. As dificuldades aconteceram nos fechamentos das planilhas e cálculo dos indicadores, no início tivemos dificuldades, mas foram supridas com o desenvolvimento do projeto.

Ao longo da intervenção não apresentei dificuldade para a coleta e sistematização de dados relativos à intervenção. É importante ressaltar que os instrumentos disponibilizados pelo curso, como a ficha espelho e a planilha de coleta de dados foram essenciais para a coleta quantitativa dos dados e facilitou imensamente o fato de a planilha já calcular automaticamente os indicadores da intervenção. Os diários de intervenção foram importantes para a coleta de dados qualitativos, visto que, por meio deles, foi possível captar informações pessoais, sentimentos, falhas e ganhos da intervenção.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

A intervenção já foi incorporada a rotina da ESF, sendo que na atualidade os idosos são um grupo populacional com atendimento prioritário na UBS e seus atendimentos acontecem com a qualidade estabelecida e preconizada no Ministério de Saúde. Além disso, a equipe está muito feliz e entusiasmada com os resultados obtidos e está comprometida para estender este trabalho para outros grupos populacionais.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

O objetivo geral do projeto de intervenção foi ampliar a cobertura da atenção a saúde dos idosos, residentes na área de abrangência e acompanhados na UBS Boa Vista, Picos, PI. O projeto estava planejado para ser desenvolvido em 04 meses (16 semanas). Entretanto, por motivos inerentes ao curso de especialização, foi reprogramado para que acontecesse em 03 meses (12 semanas).

A UBS Boa Vista tem uma população total de 2658 pessoas, sendo que a estimativa da população com 60 anos ou mais é de 284. Antes da intervenção, segundo os dados da própria UBS, havia um total de 135 idosos cadastrados, o que representava uma cobertura de 48%, segundo a estimativa do CAP. Com as atividades realizadas na intervenção conseguimos descobrir o número real de idosos pertencentes à área de abrangência, assim sendo, possuímos 150 usuários com 60 anos ou mais, conforme os cadastros realizados pelos ACS, número que foge da estimativa inicial do CAP.

Resultados referentes ao objetivo de ampliar a cobertura da ação programática:

Meta 1.1. Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 70%.

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

Quanto à cobertura alcançada em nosso projeto de intervenção, foram atendidos 106 idosos, atingindo o percentual de 70,7% de cobertura, sendo que 41(27,3%) usuários foram cadastrados no primeiro mês, 59 (39,3%) no segundo mês e encerramos o terceiro e último mês com 106 usuários (70,7%). No início do

projeto havíamos pactuado alcançar a meta de cadastrar 70% dos idosos, sendo assim a equipe conseguiu a meta pactuada. A figura 01 demonstra a evolução do cadastro dos idosos da área de abrangência da UBS Boa Vista Picos, PI, nos 3 meses da intervenção.

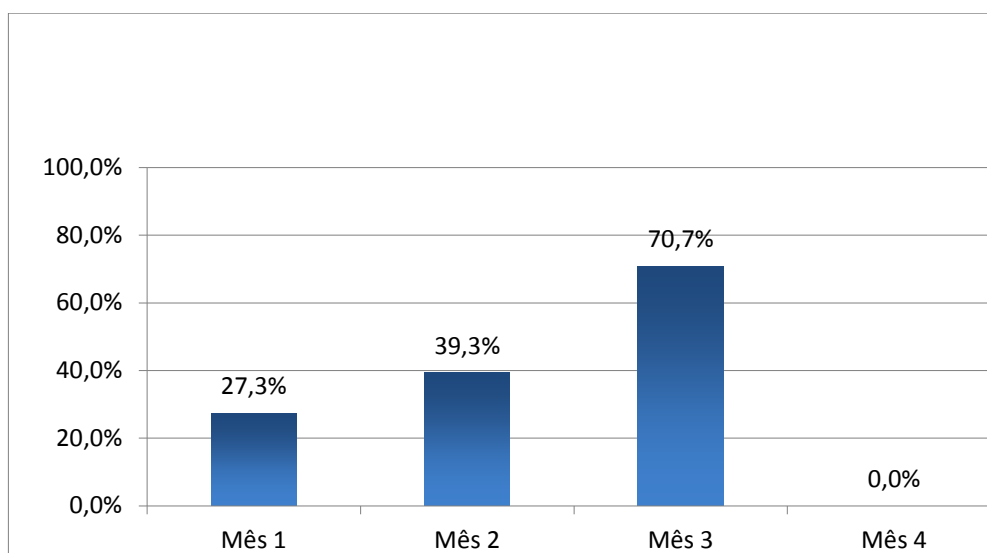


Figura 01: Cobertura de idosos cadastrados na UBS Boa Vista Pico, PI, 2015.

Resultados referentes ao objetivo de melhorar a qualidade da atenção aos idosos

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

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

Quanto à proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia de acordo ao protocolo, durante o primeiro mês da intervenção foi alcançado 75,6%, da meta, sendo que de 41 usuários atendidos, 31 receberam a avaliação. Acredito que esta dificuldade se deu pela falta de adesão da equipe e pela falta de alguns recursos na UBS. Situação que foi resolvida e que possibilitou alcançar a meta de 100% nos outros 02 meses da intervenção. Assim sendo, todos os idosos atendidos na nossa UBS atualmente contam com a Avaliação Multidimensional Rápida em dia. Acredito que foi possível conquistar essa meta graças ao esforço e

empenho dos profissionais e devido às capacitações e treinamento realizados, ações que tiveram sucesso na atualização profissional.

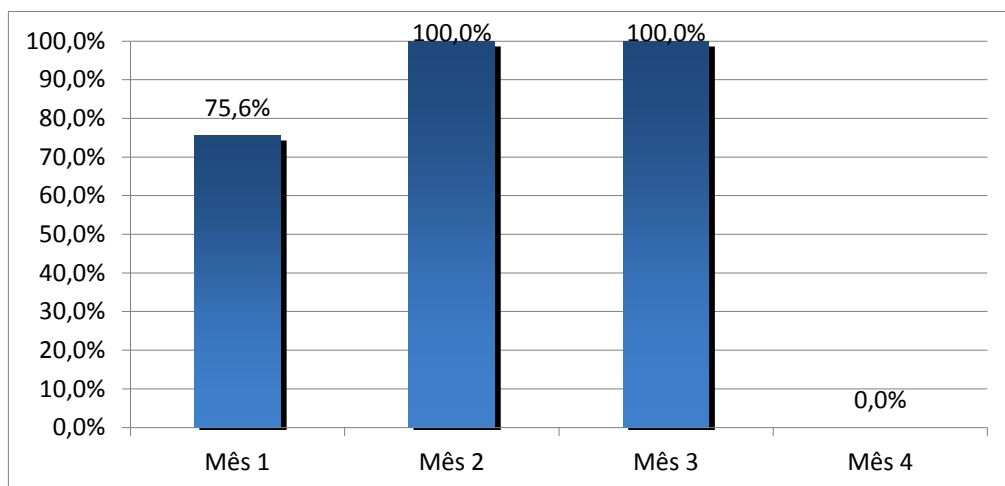


Figura 02: Cobertura de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia na UBS Boa Vista Picos, PI, 2015.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibiais posteriores e pediosos e medida da sensibilidade a cada 03 meses para diabéticos.

Indicador 2.2. Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia.

Quanto à proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia de acordo ao protocolo, incluindo exame dos pés com palpação dos pulsos tibiais posteriores e pediosos e medida da sensibilidade a cada três meses para diabéticos, durante os 3 meses da intervenção foi alcançado o percentual de 100%, de maneira que todos os usuários que foram consultados em nossa unidade de saúde foram submetidos ao exame clínico de qualidade. Como parte da realização do exame clínico, estiveram incluídos todos os profissionais da equipe.

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

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

Como descreve a figura 03, no primeiro mês, não foi possível alcançar 100% dos usuários com a realização dos exames complementares em dia, sendo que foi alcançado 90,9% da meta, pois não tínhamos a prioridade da marcação para estes idosos. Mas já com o decorrer dos outros 02 meses e graças a esforços da equipe

com a gestão municipal para a prioridade na marcação de exames da população alvo, foi possível melhorar neste sentido sendo que o segundo e terceiro meses foi possível atingir 100% da meta.

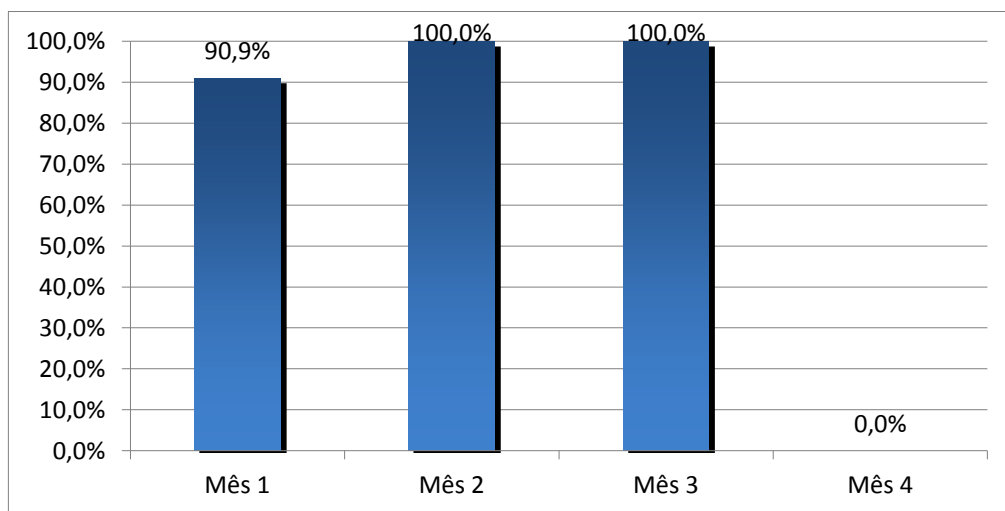


Figura 03: Cobertura de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia na UBS Boa Vista Picos, PI, 2015.

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

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

A proporção de idosos com prescrição dos medicamentos da farmácia popular/ Hiperdia priorizada está demonstrada na figura 04 e foi de 20 idosos (48,8%) no primeiro mês, 25 idosos (42,4%) no segundo mês e 55 idosos (51,9%) no terceiro mês. Nesse indicador, não foi possível alcançarmos a meta pactuada de 100% porque alguns usuários fazem acompanhamento com especialistas privados e não querem usar os medicamentos disponibilizados na farmácia popular. Também existe um número de idosos que não consegue controlar as doenças com os medicamentos do programa, sendo assim, são necessários tratamentos com outros medicamentos não disponíveis na farmácia popular/ Hiperdia.

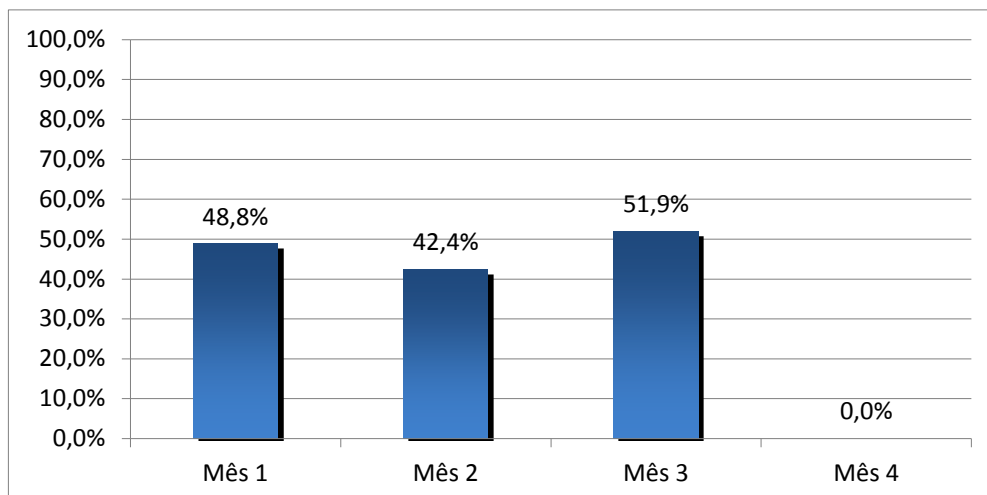


Figura 04: Cobertura de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS Boa Vista Picos, PI, 2015.

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

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

A figura 05 mostra a proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados na UBS. No primeiro mês a equipe não conseguiu atingir a meta pactuada de 100%, nesse mês alcançamos 71,4% da meta. Com o esforço da equipe toda e com o apoio incondicional dos ACS foi possível atingir 100% da meta nos dois meses seguintes. Também contribuiu para esse indicador as capacitações feitas desde o início da intervenção.

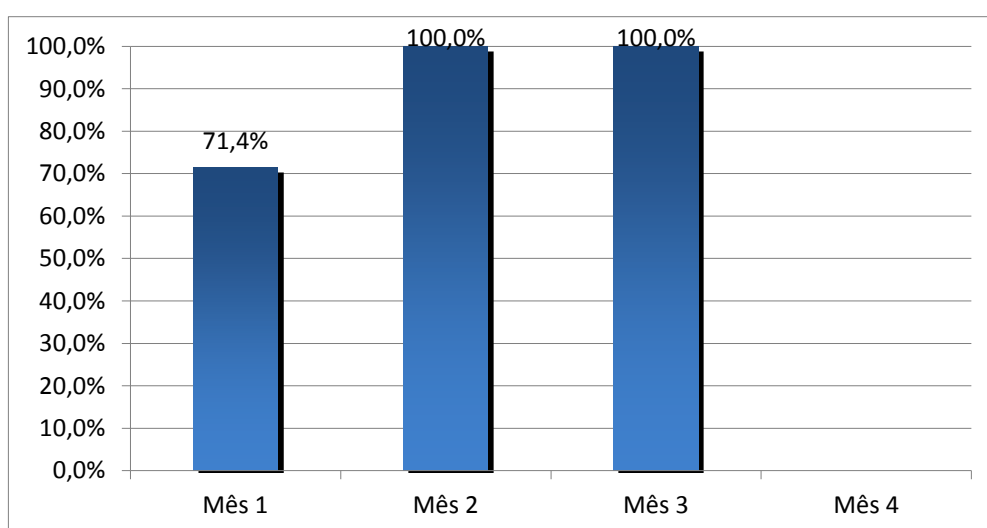


Figura 05: Cobertura de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados na UBS Boa Vista Picos, PI, 2015.

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

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

Estava previsto fazer visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados na área de abrangência, meta que foi possível atingir no primeiro e segundo mês. No terceiro mês faltou apoio da gestão municipal no que diz respeito a possibilidade da equipe se deslocar até as casas de 06 idosos que moram muito distante da UBS, pois a gestão não providenciou o carro para fazer as visitas domiciliares planejadas, o que prejudicou o alcance da meta. A figura 06 demonstra esses dados.

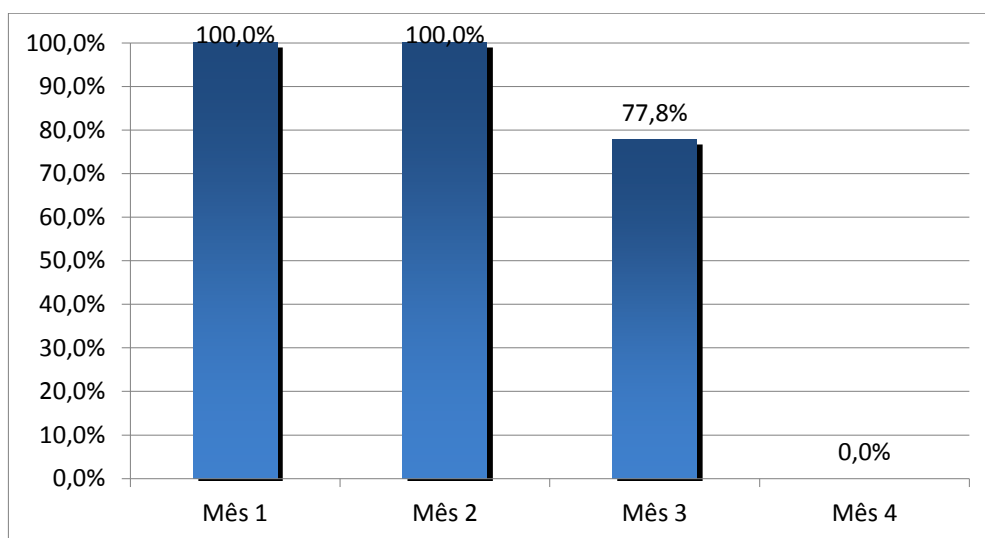


Figura 06: Cobertura de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar na UBS Boa Vista Picos, PI, 2015.

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

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

A meta de rastrear o 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) foi cumprida segundo estava pactuada, sendo que todos os idosos consultados ao longo dos três meses do projeto de intervenção tiveram o rastreamento para HAS. Estas ações foram realizadas com a ajuda do enfermeiro e das técnicas de enfermagem, graças as capacitações e os treinamentos desenvolvidos no decorrer do projeto.

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

Indicador 2.8. Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

Segundo estava pactuado no objetivo de qualidade, 100% dos idosos com Hipertensão Arterial Sistêmica ou valores de PA sustentada maior que 135/80 mmHg foram rastreados para Diabetes Mellitus nos três meses do projeto de intervenção, sendo possível atingir a meta pactuada.

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

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

Apesar de a equipe ser pequena e não contar com Equipe de Saúde Bucal (ESB), todos os idosos que receberam atendimento na UBS foram avaliados quanto a necessidade de atendimento odontológico nos 3 meses da intervenção.

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

Indicador 2.10: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

Infelizmente essa meta não pode ser alcançada, pois não possuímos ESB em nosso ESF. Os usuários idosos foram encaminhados a outro ESF para que pudessem ter a primeira consulta odontológica e o atendimento, se necessário. Entretanto, os profissionais desse ESF para o qual os idosos foram encaminhados não se envolveram com a intervenção alegando que os usuários acabaram por não buscar essa equipe para terem a primeira consulta odontológica.

Resultados referentes ao objetivo de melhorar a adesão dos idosos

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

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

Todos os faltosos a consulta receberam busca pelos ACS, fazendo com que fosse alcançada a meta de 100% para esse indicador. Esta porcentagem foi conseguida pelo trabalho e adesão que conseguiu a equipe no desenvolvimento do

projeto. As buscas também foram facilitadas devido aos registros feitos e à organização do trabalho na UBS.

Resultados referentes ao objetivo de melhorar o registro dos idosos.

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

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

Quanto à proporção de idosos com registro adequado na ficha espelho, 100% deles tiveram seus registros feitos com a qualidade requerida, nos 03 meses da intervenção, alcançando-se a meta pactuada. O indicador foi positivo graças a ajuda, o treinamento e dedicação das técnicas de enfermagem no preenchimento das fichas espelho.

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

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

Infelizmente, esta foi uma meta que não teve sucesso na nossa UBS, apesar dos esforços e as tentativas feitas pelo enfermeiro e a médica. Foi possível conseguir uma pequena quantidade de Caderneta da Pessoa Idosa. Esse assunto já foi motivo de reunião com a gestão local para o fornecimento da caderneta em várias ocasiões, sendo que todas as tentativas por essa via foram negativas. As poucas cadernetas que foram distribuídas foram adquiridas em outras unidades de saúde. Assim sendo, no primeiro mês, como as cadernetas não estavam disponibilizadas no início, de 41 idosos cadastrados apenas 12 receberam a caderneta (29,3%). O segundo mês foi o mais exitoso e foram distribuídas 47 cadernetas de 59 idosos que chegaram à consulta (79,7%). No terceiro e último mês, quase não foi possível distribuir as cadernetas, pois já estavam esgotadas. A figura 07 demonstra os percentuais aqui descritos.

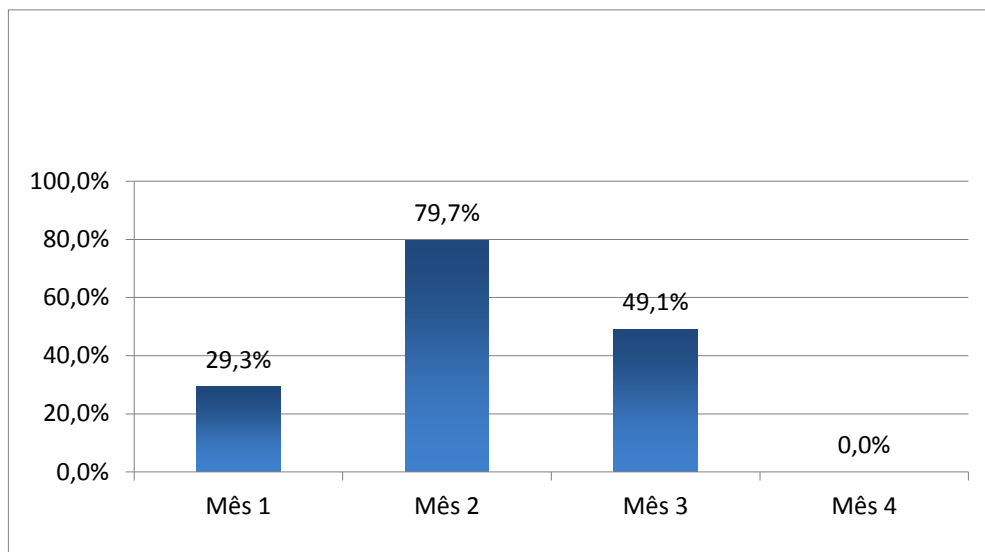


Figura 07: Cobertura de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa na UBS Boa Vista Picos, PI, 2015.

Resultados referentes ao objetivo de realizar avaliação de risco nos idosos.

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

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

Quanto a meta de realizar a avaliação de risco para morbimortalidade em 100% dos idosos atendidos na UBS durante o projeto, foi uma meta fácil de atingir e alcançar nos três meses da intervenção. Uma facilidade para conseguir esse indicador foi a participação da equipe toda tanto no desenvolvimento das palestras que foram executadas, quanto nas ações de orientações em cada atendimento específico.

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

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

A proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice. Meta que foi possível cumprir em sua totalidade nos três meses da intervenção. Acredito que é uma meta que depende do trabalho no dia a dia e não é muito difícil de cumprir. Sendo que os indicadores ficaram em 100% durante os três meses, o que quer dizer que todos os idosos receberam esta avaliação.

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

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

Todos os idosos cadastrados e atendidos no programa durante o projeto receberam avaliação na rede social. Sendo que os casos detectados deficientes na rede social foram encaminhados com a assistente social. Assim sendo, esse indicador alcançou 100% nos três meses segundo estava planejado.

Resultados referentes ao objetivo de promover a saúde dos idosos.

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

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

A meta de garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis foi atingida em 100% dos idosos atendidos na UBS durante o projeto de intervenção. As ações referentes a essa meta foram possíveis de serem desenvolvidas no âmbito coletivo em cada palestra, no momento do acolhimento e depois no âmbito individual como parte das orientações em cada atendimento específico levando em conta as características e doenças de cada usuário.

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

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

Os idosos inicialmente receberam orientações gerais no momento de acolhimento quanto a prática regular de atividade física e no momento do atendimento individual como parte das orientações de rotina, quando foram orientados a atividade física que eles podem realizar dependendo das doenças que apresentam. A meta também foi atingida na sua totalidade e o indicador alcançou o 100% nos três meses da intervenção.

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

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

A meta de garantir as orientações sobre higiene bucal e higiene de próteses dentárias foi atingida em sua totalidade, apesar de não contar na UBS com equipe de saúde bucal. Graças as capacitações realizadas nas reuniões da equipe foi possível treinar as técnicas de enfermagem para estas orientações, as quais, em conjunto com os estagiários, foram os responsáveis pelas orientações gerais no acolhimento. Nas consultas também foram orientados individualmente, cada usuário, sobre esse assunto. Assim, conseguimos alcançar 100% da meta em cada mês, como estava planejado. Ações que foram possíveis desenvolver graças a adesão que a equipe conseguiu.

4.2 Discussão

O processo de intervenção na UBS Boa Vista, Picos – PI contribuiu com a ampliação da cobertura aos usuários idosos (com 60 anos ou mais), na melhoria da qualificação da atenção, na acessibilidade dos usuários à UBS, na melhoria dos registros e controles com destaque na realização da Avaliação Multidimensional Rápida. A equipe também conseguiu informar a população sobre a existência do projeto e realizar o engajamento da mesma na intervenção.

A equipe multiprofissional de nossa UBS conseguiu primeiramente estabelecer a prioridade nos atendimentos da pessoa idosa, ação que não estava implantada até o momento da escolha do tema do projeto de intervenção. Além disso, realizou-se o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo, incluindo exame dos pés com palpação dos pulsos tibiais posteriores e pediosos e medida da sensibilidade a cada três meses para diabéticos, o que permitiu garantir uma atenção de qualidade a esses usuários, prevenindo e/ou detectando os fatores de risco presentes neles. Foram indicados os exames complementares de acordo com o protocolo e avaliados depois para ver se tinham sido realizados e seus resultados para futuras condutas e mudanças no estilo de vida e tratamentos, melhorando o cuidado individual e cumprindo com a integralidade. Os idosos também foram orientados sobre hábitos alimentares saudáveis, a necessidade de prática de atividade física regular para que possam ter mais autonomia quanto a sua saúde, a importância da higiene bucal e de próteses dentárias.

Levando em conta que a maioria da população alvo de nosso projeto de intervenção sofre de Hipertensão Arterial (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), foi

informado sobre a existência dos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e sobre a possibilidade deles usarem esses medicamentos pela acessibilidade e menor custo. Dessa forma conseguimos que alguns usuários trocassem o tratamento antigo para estes medicamentos do programa, o que promoveu a continuidade do tratamento e, por consequência, um melhor controle da doença.

O cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção, assim como a avaliação da necessidade de realizar visita domiciliar e a realização desta, foi facilitada pelas capacitações aos ACS e a dedicação e comprometimento deles para com o projeto.

Referente ao objetivo de melhorar a adesão dos idosos, também conseguimos um grande favorecimento com o projeto de intervenção. Realizou-se a busca ativa dos usuários faltosos às consultas médicas, algo que não acontecia anteriormente. Facilitamos horários ao longo da semana para os atendimentos dos faltosos, que não tinham como chegar à UBS no horário estabelecido e, desta forma, evitamos as faltas às consultas agendadas. Para esse caso, teve uma grande importância os registros feitos nas fichas espelho e na planilha de coleta de dados, o que nos ajudou na busca ativa destes usuários. Tanto os treinamentos das técnicas de enfermagem no preenchimento das fichas espelho, quanto às capacitações dos ACS na busca ativa, tiveram um grande valor.

A organização e a melhoria dos registros dos usuários idosos permitiram levar um maior controle dos dados necessários para conhecer as deficiências e trabalhar na correção das mesmas. Em todos os atendimentos foram preenchidas as fichas espelho, que é um instrumento facilitador que fez com que conseguíssemos manter um adequado controle dos usuários. Não foi possível realizar a entrega da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa para a totalidade dos idosos pelo fato de não haver disponibilidade de quantidade suficiente no município.

Com a realização da avaliação de risco para morbi-mortalidade, para fragilização na velhice e para rede social foi possível a identificação dos idosos com maior risco e, desse modo, dar a prioridade preconizada no protocolo a essa população. Ação que foi desenvolvida ao longo da intervenção e permitiu o encaminhamento dos idosos com deficiência na rede social para o assistente social. Tudo isso foi facilitado pelos treinamentos e capacitações realizadas com a equipe.

As ações de promoção de saúde aos idosos foram realizadas em sua totalidade na área de abrangência. Com essas ações obtivemos mudanças que

melhoraram o bem estar e ajudaram no controle das doenças de alguns usuários. As ações mais importantes desenvolvidas no projeto foram as referentes à orientação nutricional sobre hábitos alimentares saudáveis, realização de atividade física regular e sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias).

O projeto exigiu da equipe a realização de diferentes capacitações segundo o preconizado pelo protocolo do Ministério de Saúde, relacionadas com a realização da Avaliação Multidimensional Rápida, realização de exame clínico apropriado, solicitação de exames complementares, atualização no tratamento de HAS e DM, verificação da pressão arterial e realização do Hemoglicoteste. Todas estas ações de capacitação levaram ao trabalho integrado dos profissionais da equipe, o que contribuiu para a melhoria da adesão da equipe, assim como o enriquecimento profissional de cada um dos integrantes. Além disso, favoreceu na qualidade dos atendimentos aos idosos e nas relações entre os membros da equipe e a população alvo.

De maneira geral podemos dizer que cada membro da equipe alcançou o cumprimento de suas atribuições e contribuiu com o desenvolvimento do projeto de intervenção. A intervenção terminou trazendo melhorias no funcionamento da UBS como um todo. As atividades agora estão mais bem planejadas. Melhorou o acolhimento da população de forma geral, a equipe toda participa das ações, o que não acontecia na nossa UBS antes da implantação do projeto.

Antes da intervenção as atividades de atenção ao idoso eram só baseadas no atendimento próprio da doença que apresentavam, sem enfoque de promoção e prevenção de saúde, eram meramente assistenciais. O que mudou para outra realidade. Com a ajuda do projeto foram reestruturadas as atribuições da equipe. O estabelecimento dos registros e o agendamento das consultas viabilizaram o planejamento da agenda para a atenção a demanda espontânea. Os diferentes registros ajudaram na identificação dos usuários faltosos a consultas. A estratificação de risco dos idosos contribuiu na priorização dos atendimentos estabelecendo a prioridade para os de maior risco.

O impacto da intervenção ainda é pouco percebido pela comunidade. Pelo fato que esta faltando a divulgação dos resultados obtidos. Apesar disso os idosos se mostraram satisfeitos com a prioridade do atendimento. Os idosos demonstram um grande entusiasmo pela participação do projeto. A qualidade dos atendimentos melhorou em grande proporção, evidenciando-se no maior controle das doenças

crônicas presentes neste grupo de pessoas, o que os motiva a continuar no cumprimento de todas as orientações recomendadas pela equipe.

A pesar de ter atingido a meta de cobertura pactuada, ainda temos um grupo considerável de idosos que não estão fazendo o acompanhamento na UBS. O que constitui um objetivo a ser alcançado, já que a intervenção finalizou, mas as ações já fazem parte da rotina do nosso serviço e continuarão a fazer parte do mesmo.

O projeto poderia ter sido facilitado se desde a análise situacional eu tivesse discutido as atividades que vinha desenvolvendo com a equipe, algo que, apesar de ter sido orientada ao respeito, não fiz como estava estabelecido. A única ação que foi implantada desde o início foi a implementação de um turno de atendimento para a pessoa idosa, o que influenciou positivamente ao longo da intervenção. Acredito que mesmo tendo vários encontros com a comunidade para explicar os critérios e o porquê da implantação do projeto, assim como as razões do porque da escolha deste grupo populacional, faltou articulação com a comunidade. O comparecimento da população nas reuniões com a comunidade foi muito escasso. A equipe necessitava de mais tempo e mais encontros até que a comunidade toda conhecesse suficientemente este projeto e sua importância.

Com a finalização do projeto percebo que éramos uma equipe que iniciou a intervenção sem conseguir se aderir adequadamente, mas mudamos para uma equipe com um nível de interação e adesão muito bom, com entusiasmo nas atividades que desenvolve no dia a dia. Agora temos um programa de atenção a pessoa idosa que já faz parte da rotina diária e uma equipe que trabalha na implantação e extensão a outros programas priorizados pelo Ministério de Saúde. Sabemos que teremos condições de superar algumas das deficiências apresentadas no desenvolvimento do projeto, pois contamos com as ferramentas necessárias para isso, uma equipe disposta a trabalhar em união.

Levando em conta que a intervenção está incorporada na rotina da UBS, se faz necessário ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação da necessidade de priorização da população idosa e principalmente aqueles que apresentam alto risco.

É de aceitar que a falta de algumas informações inicialmente em nossos registros acabaram prejudicando a coleta de avaliação multidimensional em dia, exames complementares em dia e o registro dos medicamentos da farmácia popular/Hiperdia, o que terminou incidindo negativamente nos resultados destes

indicadores. É importante a adequação das fichas dos idosos para conseguir uma adequada coleta e monitoramento dos indicadores previstos.

A nossa equipe conta com a fortaleza de ter toda a área coberta por ACS, os quais estão comprometidos com o projeto e pretendemos nos próximos meses ter atingida a totalidade da população idosa. Já é um propósito da equipe toda, com especial empenho do enfermeiro. Levando em conta o sucesso deste projeto, queremos implantar o programa de Hiperdia na nossa UBS e desta maneira melhorar a qualidade da atenção e de vida de toda nossa população.

5 Relatório da intervenção para gestores

A intervenção realizada na UBS Boa Vista teve duração de 12 semanas, foi dirigido à população idosa e transcorreu com sucesso. Alcançaram-se resultados positivos quanto à cobertura e qualidade dos atendimentos da população alvo na UBS. Foi possível levar a cabo um trabalho de qualidade, em equipe e com integralidade. A equipe que tinha sido reestruturada ao início da intervenção conseguiu se aderir e trabalhar em união. As pessoas que participaram do projeto se encontram satisfeitas com os atendimentos ofertados pela equipe de saúde.

Na UBS foi possível atualizar o cadastro e os registros da população idosa, foram realizadas as atividades segundo o preconizado no protocolo disponibilizado no município. Foi possível manter uma atualização dos exames aos usuários com HAS e DM, avaliar os tratamentos para estas duas doenças, dando prioridade aos medicamentos disponibilizados na farmácia popular/Hiperdia e deste modo manter um melhor controle destas doenças tão frequentes na nossa população alvo. Também foram realizadas orientações para identificar e modificar fatores de riscos melhorando a qualidade de vida e alcançando mudanças no estilo de vida de muitos usuários. A equipe também identificou os idosos acamados ou com problemas de locomoção, assim como os que estavam precisando de visita domiciliar, as quais foram realizadas ao longo da intervenção, proporcionando a universalidade do acesso e do cuidado.

Com a ajuda da responsável do departamento de ESF foi possível melhorar ou resolver algumas dificuldades apresentadas no decorrer da intervenção como a impressão das fichas espelho, disponibilização do protocolo a saúde do idoso, de esfigmomanômetro, manguito, fita métrica, glicosímetro para a realização do Hemoglicoteste, balança, material de oficina, entre outros. Também é importante ressaltar o grande apoio por parte da gestão na prioridade na marcação dos exames complementares, o que favoreceu na atualização dos dados de cada usuário que

participou da intervenção e ficamos gratos por esse auxílio. A oferta de medicamentos na UBS para os usuários cadastrados como Hipertensão é um problema que não foi solucionado, mas, por enquanto, não influencia nos tratamentos porque os usuários têm a possibilidade de compra ou de adquirir os mesmos gratuitamente na Farmácia Popular.

Apesar de ter desenvolvido a intervenção com sucesso na maioria das metas pactuadas, constituíram uma barreira para o sucesso total duas dificuldades que não foi possível superar ao longo da intervenção. Elas são a não disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, o que invalidou a possibilidade de alcançar o 100% na qualidade dos registros e a dificuldade no que se refere ao transporte por parte da secretaria de saúde para realizar as visitas domiciliares aos idosos identificados com essa necessidade. Ressaltamos que essas dificuldades precisam ser superadas, ou minimizadas por parte da gestão, pois essas ações são essenciais para o cuidado em saúde e para melhorar a qualidade de vida da população.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

A intervenção realizada aos usuários idosos na área de abrangência da UBS Boa Vista teve muitos pontos positivos alcançados. Muitos usuários participaram ou tiveram conhecimento das ações realizadas e queremos, a través desse relatório informar a comunidade e todos os usuários sobre os resultados dessa intervenção.

Acredito que com a intervenção tivemos muitos ganhos, o que contribuiu na melhoria dos atendimentos a população idosa, ou seja, com 60 anos ou mais. Primeiramente foi possível organizar a agenda para contar com um turno de atendimento para eles, população que estava esquecida até o início do projeto. Além disso, se conseguiu organizar o acolhimento dos idosos na UBS. Essas ações contribuíram na melhoria da qualidade dos atendimentos, os quais agora são realizados segundo os parâmetros estabelecidos no protocolo de atenção á pessoa idosa, do Ministério de Saúde.

Outro ganho trazido pela intervenção foi à adesão da equipe e o desenvolvimento de um trabalho em união, o que favoreceu positivamente a qualidade na atualização dos atendimentos á pessoa idosa e também acabou por contribuir com a saúde como um todo, pois a equipe está mais engajada e entusiasmada. Com a ajuda dos ACS se atualizou o cadastro de todos os idosos da área de abrangência e se conseguiu incorporar uma grande porcentagem deles no acompanhamento na UBS.

Também foi possível manter uma atualização dos exames aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus; avaliamos os tratamentos para estas doenças dando prioridade aos medicamentos disponibilizados na farmácia popular/hiperdia e, deste modo, mantemos um melhor controle das duas doenças, tão frequentes na nossa população alvo.

Mediante as orientações e informações fornecidas a vocês, usuários e comunidade em geral, foi possível identificar e modificar fatores de riscos melhorando a qualidade de vida. Foram identificados os idosos acamados ou com problemas de locomoção, assim como os que estavam precisando de visita domiciliar, as quais foram realizadas ao longo do projeto.

Acreditamos que seja do conhecimento de todos vocês a existência do projeto e a possibilidade dos idosos participarem dele. No momento atual a intervenção está incorporada na rotina do serviço com resultados cada vez mais crescentes. Constitui para nós, os integrantes da equipe, um grande prazer ver como os familiares dos idosos se interessam em conhecer e inserir seus parentes idosos aos acompanhamentos na UBS e também a apoio e auxílio de todos para com a intervenção. Contamos com vocês para que essa parceria continue e se fortaleça com a incorporação de todas as ações na rotina do serviço.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Levando em conta o desenvolvimento do trabalho no curso e fazendo uma reflexão crítica sobre o meu processo pessoal de aprendizagem, posso dizer que no início do curso eu tinha minhas expectativas iniciais, as quais mudaram consideravelmente no decorrer do curso.

Na realidade, neste momento, minhas expectativas foram superadas na sua totalidade, pois os resultados demonstraram o quanto é possível fazer quando uma equipe trabalha unida e com entusiasmo. O curso proporcionou a união da equipe desde o início das atividades da especialização, com cada questionário preenchido, o que nos obrigou a manter uma relação estreita com todos os integrantes da equipe. Permitiu-nos conhecer a dinâmica de cada um dos seis programas priorizados no SUS.

Com o desenvolvimento do projeto propriamente dito, a união e adesão da equipe aumentaram. Foi um trabalho produtivo que chegou para mudar a forma de trabalho positivamente. Contribuiu a mudanças para o bem da população e a equipe conseguiu incorporar o programa na rotina da UBS. Atualmente tudo é mais organizado e com maior controle permitindo um melhor desempenho e proporcionando um serviço de qualidade, integral e multiprofissional.

No decorrer do curso os casos clínicos interativos tiveram um grande valor para mim no meu processo de aprendizagem, pois quais abordaram temáticas próprias da atenção básica, doenças muito frequentes no dia-a-dia da ESF. Em cada caso interativo, com a ajuda dos “saiba mais” de cada um, foi possível aprofundar-nos nos diferentes conteúdos das doenças expostas, o que foi de um valor considerável. Com os três Testes de Qualificação Cognitiva (TQC), apresentados ao longo do curso, deu para avaliar os nossos conhecimentos, não só no que diz

respeito ao conceito da área clínica, mas também no que se refere aos princípios e diretrizes do SUS. Com estes TQC foi possível determinar os aspectos em que havia maiores dificuldades, que acabaram sendo temas dos estudos de prática clínica. Esses estudos foram de uma importância muito grande, pois em cada um foi realizado uma recapitulação dos conteúdos que já conhecíamos, o que permitiu acrescentar meus conhecimentos.

Com o desenvolvimento da intervenção foi possível levar a cabo muitas ações que nunca antes foram realizadas na nossa UBS. Inicialmente a população alvo estava esquecida na UBS, daí a escolha para a intervenção. Com a intervenção foi estabelecido um sistema de registro, foram realizados atendimentos com a qualidade requerida e merecida pela população, ações todas que foram adquiridas graças ao curso e ao projeto. A UBS encontra-se envolvida na extensão e implantação de outros programas também deficientes na nossa área de abrangência, algo que só foi motivado pela especialização.

Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília 2007. (Caderno de atenção básica, n.19)
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p. il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes melito. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p. il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36)

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo B- Planilha de coleta de dados

Coleta de dados Zuleidy's (Modo de Compatibilidade) - Microsoft Excel

Início Inserir Layout da Página Fórmulas Dados Revisão Exibição

Calibri 11 Quebrar Texto Automaticamente

Fonte Alinhamento Número

Formatação Condicional Formatar como Tabela Estilos de Célula

Inserir Excluir Formatar

AutoSomar Preencher Limpar

L4 1

A B C L M N

1 **Indicadores de Saúde do Idoso - Mês 1**

2	Dados para coleta	Número do idoso	Nome do idoso	O idoso teve a verificação da pressão arterial na última consulta?	O idoso está com pressão sustentada maior que 135/80mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica?	O idoso hipertenso foi rastreado para diabetes?	O idoso...
3	Orientações de preenchimento	de 1 até o total de idosos cadastrados	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	
4		1	Maria Pereira Vieira.	1	0	0	
5		2	Maria Veronica da Costa	1	0	0	
6		3	Jose Ferrerira Marta.	1	0	0	
7		4	Albertina Maria Alves.	1	0	0	
8		5	Franzisca Leana da Conceição	1	0	0	

Anexo C Ficha espelho.

Data do ingresso no programa __/__/__ Número do Prontuário: _____ Cartão SUS _____

Nome completo _____ Data de nascimento: __/__/__ Telefones de contato: _____/_____/_____

Endereço: _____ Precisa de cuidador? () Sim () Não Nome do cuidador _____

Problema de locomoção? () Sim () Não É acamado(a)? () Sim () Não HAS? () Sim () Não DM? () Sim () Não Possui a Caderneta da pessoa idosa? () Sim () Não

Estatura: __ cm / Perímetro Braquial: __ cm Osteoporose? () Sim () Não Depressão? () Sim () Não Demência () Sim () Não. Se sim, qual? _____

O idoso tem avaliação de risco para a saúde bucal? () Sim () Não Data da primeira consulta odontológica: __/__/__

AValiação MULTIDIMENSIONAL RÁPIDA DA PESSOA IDOSA (NORMAL OU ALTERADO)

Data	Nutrição	Visão	Audição	Incontinência	Ativ.sexual	Humor/ Depressão	Cognição e memória	MMSS	MMI	Ativ. Diária	Domicílio	Queda.	Rede Social

CONTROLE DAS VISITAS DOMICILIARES AOS IDOSOS ACAMADOS OU COM PROBLEMAS DE LOCOMOÇÃO

Data	Profissional VD	Data	Profissional VD	Data	Profissional VD	Data	Profissional VD

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

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador: