

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 9**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa na USF Marta Maria de Araújo,
Acari/RN**

Martha Marisela Valle López

Pelotas, 2016

Martha Marisela Valle López

**Melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa na USF Marta Maria de Araújo,
Acari/RN**

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

Orientador: Ailton Gomes Brant

Pelotas, 2016

L864m López, Martha Marisela Valle

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na USF Marta Maria de Araújo, Acari/RN / Martha Marisela Valle López; Ailton Gomes Brant, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

87 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2016.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Saúde do Idoso
4.Assistência domiciliar 5.Saúde Bucal I. Brant, Ailton Gomes, orient.
II. Título

CDD : 362.14

Aos meus pais por me darem a vida, porque sem eles não teria sido possível
a realização dos meus sonhos.

Ao meu esposo, por sua ajuda e apoio incondicional.

Ao meu filho, que é a minha razão de ser.

A todos aqueles que de uma forma ou de outra me fazem sentir útil.

*“É melhor tentar e falhar, que preocupar-se e ver a vida passar.
É melhor tentar, ainda que em vão, que sentar-se fazendo nada até o final.
Eu prefiro na chuva caminhar que em dias de frio me esconder.
Prefiro ser feliz, embora louco, que em conformidade viver”.*

Martin Luther King

Agradecimentos

Primeiramente a Deus, por me colocar neste caminho e dar-me forças para realizar esta humanitária obra.

Ao povo do Brasil, por sua hospitalidade.

Ao Ministério da Saúde do Brasil e à UFPEL, por oferecer esta oportunidade de superação.

Ao meu orientador, por acreditar em mim, por seu apoio e sábios conselhos que me ajudaram a vencer os obstáculos.

À população da minha área, que é minha maior motivação.

À minha equipe de saúde, que é meu motor impulsor e sem a sua ajuda teria sido impossível a realização deste trabalho.

À gestora municipal de saúde, por seu ajuda, persistência e disposição na realização do projeto.

A todos aqueles que abraçaram o projeto e foram participantes ativos buscando sua concretização.

A Aninha, pela ajuda que me deu durante a elaboração do projeto.

Resumo

VALLE, Martha Marisela López. **Melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa na USF Marta Maria de Araújo, Acari/RN**. 2016. 86f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

O envelhecimento populacional é um fenômeno natural, irreversível e mundial. Na Atenção Primária à Saúde (APS), espera-se oferecer à pessoa idosa uma atenção humanizada com orientação, acompanhamento e apoio domiciliar, respeitando as culturas locais, as diversidades do envelhecer e diminuindo as barreiras arquitetônicas de forma a facilitar o acesso aos serviços, tudo isso com o objetivo de qualificar o serviço prestado e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida dessas pessoas. Pensando nisso, durante 12 semanas, foi realizada uma intervenção na ação programática destinada aos idosos da USF Marta Maria de Araújo, no município de Acari/RN, tendo por objetivo melhorar a atenção à saúde das pessoas acima de 60 anos de idade. A população adstrita da UBS é de 2230 habitantes, dos quais 252 (11,30%) usuários são idosos e destes, apenas 86 (34,12%) recebiam algum tipo de atendimento, revelando uma assistência inadequada para este grupo populacional. Durante o período da intervenção foram realizadas ações de acordo com quatro eixos programáticos: qualificação da prática clínica, monitoramento e avaliação, engajamento público e organização e gestão do serviço. Foram avaliados e acompanhados 252 idosos (100%) da população alvo, assim, podemos dizer que a intervenção propiciou o atendimento com qualidade a 100% dos idosos da área adstrita. Destacam-se a ampliação do atendimento com: exame clínico completo para todos; exame dos pés dos diabéticos; exames complementares de acordo com os protocolos; encaminhamento a outras especialidades, nos diferentes níveis de atenção; realização de avaliação e classificação dos riscos; avaliação da necessidade de atendimento odontológico; realização de orientações nutricionais e sobre a necessidade de atividade física. A intervenção teve impacto positivo para a comunidade, que agora recebe uma assistência qualificada; para a equipe de saúde, que estabeleceu vínculos e laços de compromisso e corresponsabilidade entre os profissionais e a população, o que facilitou o processo de trabalho. As ações executadas já estão inseridas na rotina diária do serviço em nossa UBS e hoje somos capazes de garantir uma assistência aos idosos pautada nos princípios e diretrizes do SUS.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde da família; saúde do idoso; assistência domiciliar; saúde bucal.

Lista de Figuras

Figura 1	Fotografia da Vista da cidade de Acari.....	14
Figura 2	Fotografia da Médica com Equipe do NASF.....	15
Figura 3	Fotografia da equipe de saúde da UBS Marta Maria de Araújo.....	17
Figura 4	Fotografia de consulta médica ao usuário idoso.....	53
Figura 5	Fotografia de consulta odontológica ao usuário idoso.....	54
Figura 6	Fotografia da realização das práticas de atividade física.....	55
Figura 7	Fotografia da realização de ações sobre Alimentação Saudável....	55
Figura 8	Fotografia da realização de visitas domiciliares pela equipe da UBS.....	56
Figura 9	Fotografia da realização de orientações aos usuários em sala de espera e reunião de equipe	57
Figura 10	Fotografia da recepcionista da UBS registrando dados do usuário	57
Figura 11	Fotografia da equipe reunida em comemoração ao final da intervenção.....	58
Figura 12	Gráfico da cobertura do programa de atenção à saúde da pessoa idosa na UBS.	61
Figura 13	Gráfico da proporção de pessoas idosas com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.....	64
Figura 14	Gráfico da proporção de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção cadastrados.....	65
Figura 15	Gráfico da proporção de pessoas idosas com primeira consulta odontológica programática.....	66
Figura 16	Gráfico da proporção de pessoas idosas cadastradas no programa com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.....	68

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos.

ACS	Agente comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
IDEMA	Instituto de Desenvolvimento do Meio Ambiente
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMIA	Objetivos, Metas, Indicadores, Ações.
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCD	Planilha de Coleta de Dados
PMAQ	Programa de melhoria de acesso e qualidade à Atenção Básica
PPI	Programação Pactuada e Integrada
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS

Sumário

Apresentação	10
1 Análise Situacional	12
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	12
1.2 Relatório da Análise Situacional	14
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	244
2 Análise Estratégica	25
2.1 Justificativa	25
2.2 Objetivos e metas	257
2.2.1 Objetivo geral	27
2.2.2 Objetivos específicos e metas	27
2.3 Metodologia	279
2.3.1 Detalhamento das ações	29
2.3.2 Indicadores	4Erro! Indicador não definido.
2.3.3 Logística	48
2.3.4 Cronograma.....	51
3 Relatório da Intervenção.....	53
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	53
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	539
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	599
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	599
4 Avaliação da intervenção.....	61
4.1 Resultados.....	61
4.2 Discussão	71
5 Relatório da intervenção para gestores	74
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	746
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	78
Referências	799
Apêndices	80
Anexos	82

Apresentação

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade à distância, da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS) / Universidade Federal de Pelotas (UFPel), sendo o resultado das atividades que foram desenvolvidas durante as unidades de ensino que integram o projeto pedagógico do curso.

O trabalho foi constituído por uma intervenção em campo realizada na Unidade Saúde da Família Marta Maria de Araújo, situada no Município de Acari/RN, cujo objetivo geral foi a melhoria da qualidade da atenção aos idosos da área de abrangência da UBS.

O volume está dividido em sete partes, a saber: na primeira parte, está descrita a análise situacional, apresentando o município ao qual pertence à unidade em questão, a descrição da unidade e uma análise do processo de atenção à saúde realizado na mesma. Na segunda parte, encontra-se a análise estratégica, apresentando os objetivos, as metas, a metodologia, as ações propostas para a intervenção, os indicadores, a logística e o cronograma.

O relatório da intervenção, que é apresentado na terceira parte, demonstra as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas e as que não foram, assim como as dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados e, por fim, uma análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço. A quarta parte apresenta uma avaliação da intervenção com análise e discussão de seus resultados. A quinta e a sexta parte possuem o relatório da intervenção para os gestores e para a comunidade.

A sétima parte apresenta uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem. Por fim, serão apresentadas as referências bibliográficas utilizadas neste trabalho, bem como os apêndices e os anexos que serviram como orientação para o desenvolvimento da intervenção.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Sou a médica Martha Marisela Valle López, trabalho no município de Acari/RN, o qual tem como atividade laboral fundamental da população o comércio e a manufatura de roupas em cinco fábricas. Contamos com uma biblioteca, um ginásio de esportes, academias e um clube municipal, onde se fazem atividades culturais e recreativas.

Existe uma clínica de fisioterapia e dois hospitais, dos quais uma maternidade que funciona parcialmente e não tem plantão, e outro regional que só tem médico duas vezes por semana. Assim, existem momentos que a população fica sem atenção médica de urgência.

Temos cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo três delas com médicos do Programa Mais Médicos Brasil (PMMB). A minha UBS é a de número V e se chama Marta Maria de Araújo. É uma unidade de saúde adaptada que não possui todos os requisitos estruturais. São muitos os obstáculos que temos que enfrentar para oferecer um atendimento de qualidade à população.

A equipe de saúde da UBS está constituída por: médico, dentista, auxiliar em saúde bucal, enfermeira, auxiliar de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde (ACS). A equipe é unida, entusiasmada, mas às vezes isto não é suficiente para cumprir com o processo de trabalho da equipe de Atenção Básica com ótima eficiência. As limitações dificultam, mas não impede que façamos tudo o que está ao nosso alcance para traçar estratégias e desenvolver ações de saúde no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde da coletividade.

Como falei antes, somos uma equipe unida, mas não carente de dificuldades, pois, de acordo com minha visão, um dos principais problemas é a falta de capacitação das ACS, já que os mesmos não têm bem definido o seu perfil de trabalho, além de que estão focadas em realização de tarefas burocráticas e administrativas, não tendo a preparação para assumirem ações de saúde que envolva a medicina preventiva. Continuam apegadas ao sistema antigo de proporcionar saúde e não aproveitam ao máximo o cenário de atuação fundamental em que trabalham que é a própria comunidade.

Também trabalhamos com apoio da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), a qual é composta por: farmacêutico, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo, educador físico e terapeuta ocupacional.

A área geográfica de abrangência da minha equipe está em fase de atualização. Até o momento temos uma população de 2352 habitantes, distribuídos em 736 famílias. São 365 hipertensos, 128 diabéticos, temos cinco gestantes cadastradas, quantidade que chama minha atenção já que não se corresponde com o número de mulheres em idade fértil que é de 818, o que demonstra o trabalho insuficiente das ACS. Por último, temos 28 menores de um ano de idade. Como se pode apreciar olha-se certa incongruência nessas estatísticas, por isso que estamos retificando o cadastramento.

Trabalhamos com os diferentes grupos estabelecidos nos programas como: hipertensos, diabéticos, gestantes, lactantes, e dedicamos grande parte de nossas consultas à demanda livre. Temos um horário de funcionamento das 07h às 11h e das 13h às 17h, de segunda a sexta-feira. Fazemos reunião da equipe uma vez por semana, quando analisamos o trabalho da semana que termina e projetamos o da próxima semana. Também aproveitamos para realizamos capacitações, sempre discutindo um tema relacionado com as características do processo de trabalho da equipe da Atenção Básica. Em outras ocasiões, curtimos, estreitamos laços de amizades e realizamos trocas de culturas.

Estamos criando condições para iniciar consultas de desestímulo ao tabagismo. Damos palestras e outras atividades educativas, com apoio da secretaria de saúde e da comunidade, mas ainda não estamos satisfeitos com o nosso desempenho. Neste momento, as atividades educativas estão focadas fundamentalmente na erradicação do mosquito *Aedes Aegypti*.

Em nossa unidade existe acolhimento, e o mesmo é feito pela atendente de consulta e pela enfermeira, fundamentalmente. Estamos tentando abrir-nos passo a passo na medicina preventiva, sobretudo, quando fazemos visita domiciliar. Contudo, as consultas, em sua maioria ainda, tem um caráter curativo, mas já estamos observando certos avanços na prevenção.

Considero que o engajamento público é insuficiente, não se aproveita a influência dos líderes informais para propiciar um melhor relacionamento entre a cultura popular e a científica e com isto fomentar uma visão de saberes e práticas diferentes, convivendo em situações de reciprocidade e cooperação.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Acari está localizado na Microrregião Seridó Oriental do Estado do Rio Grande do Norte (RN), com uma área de 608,6 km², o equivale a 1,15% da superfície estadual e distante 201 km em relação à capital, conforme dados do Instituto de Desenvolvimento do Meio Ambiente (IDEMA). Acari limita-se, geograficamente, ao Norte, com São Vicente e Currais Novos; ao Sul, com Carnaúba dos Dantas e Jardim do Seridó; ao Leste, com Carnaúba dos Dantas e Currais Novos; e, ao Oeste, com Cruzeta e São José do Seridó (ACARI, 2013).

O clima é muito quente, semiárido, com período chuvoso de março a abril. A temperatura média anual é de 27,5° C e a Umidade Relativa Média Anual de 64%. Segundo o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) do ano de 2010, o município de Acari/RN apresentou uma população residente de 11.035 habitantes, com concentração de 80,67% na zona urbana (IBGE, 2010).



Figura 1: Fotografia da vista da cidade de Acari
Fonte: <franciscoguiacm.blogspot.com>

No município existem cinco equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), cinco equipes de Saúde Bucal e 28 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), com uma cobertura de 100% da população residente. Possui um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), modalidade I, e o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) com adesão das cinco equipes da ESF. Dispõe em sua capacidade instalada e cadastrada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), de um Laboratório de Patologia Clínica (só realiza os exames básicos) e um Laboratório de Prótese Dentária.



Figura 2: Fotografia da Médica com Equipe do NASF
Fonte: Arquivo próprio

Temos Serviço de Fisioterapia que dá cobertura a realização de procedimentos e exames demandados pela Atenção Primária à Saúde (APS) da população residente. Todavia, não contamos com Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Contamos com uma maternidade (Associação Filantrópica Privada) e um hospital considerado regional de responsabilidade estadual, com garantia de urgência, emergência e pronto socorro 24 horas, muito embora, não esteja dando resposta à população devido à precariedade do Sistema de Saúde do RN (só tem médico dois dias na semana).

A Atenção Especializada está organizada nos âmbitos, municipal, que assume a prestação de alguns serviços e ações de média complexidade; regional, através de negociação e pactuação entre os gestores que integram a 4ª Região de Saúde, formalizada no instrumento de Programação Pactuada e Integrada (PPI) da Assistência; e estadual, que tem sob sua competência a Alta Complexidade Ambulatorial. Mesmo diante dos avanços do Sistema Único de Saúde (SUS), na 4ª Região de Saúde/RN ainda existem muitos nós críticos em relação à oferta de

serviços especializados, em especial, os de alta complexidade, que em sua maioria, são ofertados na capital do estado.

Apesar dos serviços de média e alta complexidade estar assegurados na PPI, não existe garantia de sua realização pelas dificuldades enfrentadas no Sistema, dentre elas, a rejeição dos prestadores privados de serviços em relação aos valores estabelecidos na tabela SUS, à rotatividade dos prestadores de serviços na região e estado, e à ineficiência do sistema regulatório na organização dos fluxos e apoio logístico para deslocamento de usuários através do transporte sanitário.

No tocante à Assistência Farmacêutica o município dispõe no quadro da força de trabalho de um profissional farmacêutico para a organização do serviço, de uma farmácia e um dispensário de medicamentos.

Sobre a morbidade hospitalar por faixa etária temos que 26,99% das internações foram de pessoas idosas (60 anos e mais). Na sequência, por ordem decrescente, apareceram as faixas de 20 a 29 anos (16,86%) e de 30 a 39 anos (12,38%). As internações em crianças menores de cinco anos corresponderam a 9,65%.

A participação da comunidade em conselhos e conferências, tal qual tem sido desenvolvida, tem contribuído pouco para induzir à construção de um modelo que se oriente pela integralidade da atenção à saúde e para a gestão pública qualificada. Sem desmerecer os avanços já conquistados, a participação da comunidade nessas instâncias de controle social tem sido pouco impactante configurando-se como um dos grandes desafios do SUS. Há necessidade de fortalecimento da participação da comunidade e do Controle Social do SUS, na perspectiva de garantir o direito à saúde e qualificar a gestão do sistema. Faz-se necessário para tal, a realização de eventos de educação e mobilização social acerca do SUS e da oferta de Educação Permanente em Saúde para Conselheiros de Saúde e Representantes de Movimentos Sociais.

A minha UBS chama-se Marta Maria de Araújo, o modelo existente é da ESF Básica; conta com só uma equipe de saúde, completa, constituída por: médico, dentista, auxiliar em saúde bucal, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e quatro ACS e encontra-se localizada na zona urbana. Temos vínculos com as instituições de ensino, mas estamos conscientes de que estes vínculos não estão suficientemente desenvolvidos, nosso propósito é o fortalecimento dos mesmos. O vínculo com o

SUS é estreito e trabalhamos focados a operacionalizar sua proposta e cumprir com seus princípios e diretrizes.



Figura 3: Fotografia da equipe de saúde da UBS Marta Maria de Araújo
Fonte: Arquivo próprio.

Esta é uma unidade adaptada, que não conta com a estrutura física adequada: a sala de espera compartilha o seu espaço com a recepção/arquivo de prontuário, também é onde se faz o acolhimento e tem capacidade para 15 pessoas. A Unidade não tem sala de reunião, nem de vacina, tampouco sala de armazenamento de medicamentos, sanitário para deficientes, depósito para material de limpeza, abrigo para resíduos sólidos, depósito para o lixo não contaminado, sala de recepção, lavagem e descontaminação de material. Conta com dois consultórios muito pequenos sem sanitários, e não tem sala para os ACS. Como pode ser observado, são muitas as limitações, mas isso não constituiu uma barreira inquebrantável para nossa equipe de saúde.

Para melhorar esta situação e tendo em conta nossa governabilidade sobre as dificuldades, tomamos algumas medidas que por sua simplicidade não deixaram de ter impacto positivo na ESF, estas foram: redistribuição do mobiliário para garantir o deslocamento seguro de deficientes visuais, cadeirantes, idosos e outras pessoas que têm necessidades especiais; planejamos diferentes horários para realizar diversas ações de saúde num mesmo local; aproveitamos bem os espaços para armazenar diversos recursos materiais; realizamos um gerenciamento adequado dos resíduos, e assim diminuimos o risco de possibilidade de contaminação do lixo comum, bem como o risco de acidentes com trabalhadores de saúde, reduzindo também o impacto causado ao meio ambiente. Essas ações visaram aproveitar todos os cenários que dispomos para realizar diversas ações de saúde que

garantam o investimento da equipe na relação com a população e o envolvimento da população com o serviço.

Como aspecto positivo podemos dizer que temos total apoio da gestora de saúde municipal e uma equipe completa disposta a fazer tudo o que está ao nosso alcance, para traçar estratégias e desenvolver ações de saúde no âmbito individual e coletivo.

Em relação às atribuições das equipes podemos mencionar como aspecto positivo o mapeamento de nossa área de abrangência com identificação de alguns aspectos essenciais para o desenvolvimento de um adequado processo de trabalho. Temos cadastrado na Unidade de Saúde 100% da população. Ainda no tocante às atribuições, a equipe de saúde é bem articulada, planeja, organiza e executa ações de saúde individual, coletiva e ambientais, focadas na promoção e fortalecimento do controle social. Realizamos atividades de capacitação e educação permanente. Para isso, contamos com parcerias com a prefeitura, secretaria de educação, cultura e esporte. Também, a equipe tem identificado parceiros e recursos na comunidade.

Quanto às atribuições que não conseguimos atender encontram-se as relacionadas com o acompanhamento do plano terapêutico proposto ao usuário, tanto nas situações de encaminhamento a outros níveis do sistema, quanto às de internação hospitalar. São insuficientes as vagas para que o usuário seja atendido pelas diferentes especialidades e quando realizam a consulta, voltam a nossa unidade sem contra referência. Também é difícil o acesso para a realização de diferentes exames, principalmente aqueles mais custosos (tomografia, ressonância). Sob este aspecto nossa governabilidade é pouca, salvo por um uso racional dos recursos.

A população adstrita na minha unidade é de 2230 habitantes, sendo que 1023 correspondem ao sexo masculino (M) e 1207 corresponde ao sexo feminino (F). A distribuição por faixas etárias e sexo está composta da seguinte maneira: menores de um ano (M-8 e F-11), de um a quatro anos (M-51 e F-89), de cinco a 14 anos (M-149 e F-157), de 15 a 49 anos (M-527 e F-554), de 50 a 59 anos (M-185 e F-247), e com mais de 60 anos (M-103 e F-149).

Em nossa UBS somos apenas uma equipe da ESF, não temos excesso de demanda espontânea e o acolhimento à população é feito sem dificuldades. Partimos da premissa de que a demanda é espontânea, mas a resposta não deve

ser improvisada, e que todo usuário que chegue solicitando atendimento deve ser escutado.

Atualmente, temos um cadastramento confiável da população da faixa etária de 0 a 72 meses, podemos dizer que contamos com 100% de cobertura e referente à qualidade também temos ganhado muito. Organizamos as consultas de modo que cada semana corresponde a uma ACS. A puericultura é feita nas terças-feiras e a visita domiciliar nas quintas, assim visitamos aquelas crianças que não compareceram à UBS. Hoje podemos falar de um planejamento, organização, e gestão da puericultura, pois a equipe está envolvida em realizar um acompanhamento integral, que garanta e potencialize o desenvolvimento da criança. Fazemos as consultas de puericultura em concordância com os protocolos, estimulamos e fortalecemos vínculos que serão importantes para toda a vida das crianças, realizamos a visita domiciliar tão logo o recém-nascido e a puérpera cheguem ao seu domicílio, e a primeira consulta é feita até os sete dias pós-parto.

As visitas nos permitem ter uma visão mais completa da criança, família e comunidade, através da qual podemos identificar avaliar, e trabalhar sobre os riscos e situações de vulnerabilidades detectadas. Oferecemos suporte aos pais e aos cuidadores, identificamos pessoas que possam representar redes de apoio em momentos suscetíveis, e evitamos situações que coloquem as crianças em risco. Além de fazer as anotações no prontuário, confeccionamos um livro onde registramos a assistência, e alguns aspectos de inteires. Nas reuniões da equipe semanalmente se analisa e avalia trabalho realizado, e se tomam as medidas pertinentes focadas num atendimento integral e com qualidade.

No tocante ao pré-natal e puerpério, trabalhamos segundo estabelecido pelo Ministério de Saúde. As consultas são intercaladas entre a médica e o enfermeiro, assegurando minimamente seis consultas de pré-natal e continuidade no atendimento, no acompanhamento e na avaliação da saúde materna e perinatal. Posso dizer com toda certeza que temos 10 gestantes, duas delas são atendidas no sistema privado, mas por nossa parte também acompanhamos as grávidas que não estão realizando o pré-natal em nossa UBS, através de visitas domiciliares e contato com o médico que as assiste, que afortunadamente mora no município. É uma forma de manter a equipe informada sobre o andamento do pré-natal.

Com relação às demais gestantes, seguimos as orientações do protocolo local, garantimos o acesso a outras redes assistenciais (Rede de Média e Alta

Complexidade, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção Psicossocial, etc.), e o acesso aos equipamentos do sistema de saúde (exames de imagem e laboratoriais, consultas e procedimentos especializados, internação hospitalar, medicamentos, vacinas etc.), proporcionando-lhes uma assistência integral. Realizamos avaliação de cada usuária e as mesmas são encaminhadas segundo suas necessidades para um especialista em ginecologia/obstetrícia, presente no nosso município, com o qual existem boas relações. O mesmo assiste, pelo SUS, as grávidas de alto risco e grávidas a termo até o momento do parto. Todas as gestantes são estimuladas a realizarem um parto normal e ao aleitamento materno.

Embora tenhamos duas grávidas que são atendidas no sistema privado, podemos afirmar que a totalidade das grávidas da minha área da abrangência, ou seja, dez mulheres estão com a vacinação e realização de exames complementares em dia. Monitoramos rigorosamente a realização de exames complementares e a aplicação das vacinas correspondentes, esses dados são registrados na caderneta delas e no livro criado para esse fim.

Todas as puérperas são seguidas em concordância com os protocolos, assim, realizamos as seguintes ações: puérperas e recém-nascidos são visitados em seu domicílio tão logo chegam à área. Para instituir todo o cuidado previsto para a “Primeira Semana de Saúde Integral”, nós realizamos avaliação clínica-ginecológica psicológica e exame físico completo, no caso de ter possíveis intercorrências (alterações emocionais, hipertensão, febre, dor em baixo ventre ou nas mamas, presença de corrimento com odor fétido, sangramentos intensos); tomamos as medidas pertinentes; também prescrevemos suplementação de ferro até três meses após o parto e orientamos sobre planejamento familiar. As puérperas também são estimuladas e orientadas a realizarem aleitamento materno exclusivo. Ao início, por desconhecimento dos protocolos tivemos dificuldades com algumas destas ações, mas na atualidade já fazem parte de nossa prática diária. Temos cadastrado um total de 17 mulheres que fizeram a consulta de puerpério nos últimos 12 meses.

Fazendo uma análise do programa de controle do câncer de colo de útero e de mama na minha unidade, posso afirmar que apesar de trabalharmos arduamente e não termos resultados negativos, ainda persiste algumas brechas que temos que trabalhar: a cobertura é de 100% (519) de mulheres entre 25 e 64 residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de colo de útero, entretanto, 18% (95 mulheres) têm mais de seis meses de atraso na realização do preventivo e

28 tem menos de seis meses de atraso. Essas “brechas” são detalhes associado à qualidade da assistência que precisamos melhorar, pois muitas vezes são nessas lacunas que o risco de desenvolver o câncer de colo aumenta.

Focados na solução de problemas como esse, tomamos algumas medidas que já estão estruturadas de forma programática em nossa unidade, estas são: trabalho conjunto da equipe com o psicólogo do NASF, com líderes comunitários e membros da própria família; para não perder o seguimento de mulheres com exame citopatológico alterado estabelecemos apadrinhamentos com membros da comunidade e da equipe de saúde, que oferecem apoio e atuam como intermediários entre a paciente e a unidade, eliminando qualquer barreira que obstaculize o processo de recuperação das mesmas; aproveitamos qualquer cenário para realizar atividades educativas, tais como: audiências sanitárias com a participação da equipe e mulheres que tiveram ou tem câncer de colo e estão em fase de tratamento. Também distribuímos folhetos e realizamos divulgação sobre a importância da realização do preventivo através da rádio local e redes sociais de comunicação (internet). Logo, podemos dizer que o atendimento se faz segundo orientado no protocolo do Ministério da Saúde.

Para a prevenção do câncer de mama temos uma cobertura de 100% da população alvo (n=233). Toda a equipe, tal qual foi dito sobre o controle do câncer de colo de útero, está envolvida na realização de ações de prevenção primária, consistindo na prática de atividades educativas, preventivas e de promoção da saúde. Toda mulher em idade fértil é instruída na realização do autoexame das mamas, em qualquer dos cenários de atuação dos profissionais da saúde, diga-se UBS, domicílio ou reunião na comunidade. Também é feita avaliação de risco, segundo estabelece o protocolo. Todas as informações são registradas no livro da nossa Unidade, bem como no prontuário. As mamografias são indicadas segundo protocolo, tendo em conta a faixa etária e em função do risco mais elevado. A conduta que se toma depende do resultado do exame clínico e mamografia, que pode ir desde o retorno à rotina do rastreamento, até o encaminhamento para investigação diagnóstica e/ou tratamento em unidades de referência, deste modo, se faz o acompanhamento de todas aquelas usuárias que precisarem do mesmo. Contamos com o apoio e respaldo da gestora de saúde que garante o acesso ao serviço.

Como se pode observar no caderno de ações programáticas, 168 mulheres de 233 tem mamografia em dia, o que constitui 72%, 49 (21%) têm mamografia com mais de três meses em atraso, e 16 (6,8%) com menos de três meses; este atraso em realizarem mamografia representa um ponto fraco em nossa UBS, de modo que estamos trabalhando para reverter essa situação e conseguir que 100% realize este exame no tempo indicado. Sete mulheres foram identificadas como alto risco para câncer de mama e estão sendo atendidas em consulta especializada.

Relativo à atenção às pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) tem que 100% da população alvo estão cadastradas, (345 hipertensos e 99 diabéticos). Incorporamos em nossa pratica a aplicação de medidas encaminhadas ao rastreamento de pacientes com risco de contrair estas doenças. Criamos um livro onde ficam registrados estes pacientes especificando que tipo de risco tem, com o objetivo de trabalhar sobre os mesmos. No caso dos diagnosticados com DM e HAS, tomamos medidas dirigidas ao melhoramento da qualidade de vida e a efetivar seu controle e autonomia sobre estas doenças. Mantemos a educação e capacitação permanente da equipe de saúde e criamos o grupo de Hipertensos e Diabéticos, iniciando diversas atividades na ordem educativas, recreativas e culturais. Durante o atendimento destes pacientes realizamos algumas adequações as normas brasileiras, tendo em conta as características de nossa área, por exemplo, consulta trimestral destes pacientes independentemente do risco. Estão envolvidas nestas ações a equipe de saúde, NASF e gestora municipal.

Não temos conseguido a participação de mais de um 60% nas atividades grupais que realizamos, mas na medida em que vamos desenvolvendo neste sentido, o número de participantes vai aumentando. Realizamos registro e controle estrito dos usuários vacinados e, planejamos, organizamos e monitoramos todo o trabalho relacionado com esta população.

Com relação ao atendimento à pessoa idosa devo reconhecer que o trabalho é deficiente, embora esteja cadastrada a totalidade desta faixa etária (252), só 86 (34,12%) estão recebendo atendimento (estes são 78 idosos hipertensos e oito diabéticos). Um total de 65,67% (166) só é atendido quando comparece a consulta por apresentar algum problema de saúde, fato que é refletido no caderno de ações programáticas. Caímos no erro de considerar que o trabalho com os grupos de hipertensão e diabetes incluía os idosos, por achar que estava olhando o tratamento

do envelhecimento natural como doença, o que não é verídico, pois nenhum idoso tinha feito avaliação funcional (requisito indispensável para o estabelecimento de um diagnóstico, um prognóstico e um julgamento clínico adequados, que servirão de base para as decisões sobre os tratamentos e cuidados necessários a estas pessoas). Também não tinha avaliação de risco para morbimortalidade, nem investigação de indicadores de fragilização na velhice, assim como a saúde bucal é deficiente neste grupo.

Os poucos indicadores analisados mostram um atendimento desqualificado desta população. O positivo que posso falar é que a equipe do NASF e a gestora de saúde decidiram reverter esta situação e de imediato tomamos medidas dirigidas a garantir que as pessoas idosas, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível. Todas as agentes comunitárias contam com os conhecimentos para identificar os riscos desta população e priorizar a ordem de atendimentos começando pelos mais vulneráveis. O NASF está envolvido ao máximo nesta tarefa e já temos avaliado 50% (126 idosos). Assim que são avaliados e atendidos recebem a caderneta e temos em meta realizar atividade grupal.

A saúde bucal em nossa unidade não cumpre com o disposto pela Política Nacional de Saúde bucal, a qual prevê 75-85% da carga horária. Os indicadores são uma amostra do deficiente trabalho realizado, pois só foram feitos 100 procedimentos clínicos em um mês, quando o estipulado seria de, pelo menos, 264. Assim, ficamos com o indicador mínimo (0,37) do parâmetro recomendado pelo MS. Só 36 (14,28%) dos idosos têm avaliação de saúde bucal em dia. Quanto à capacidade instalada para ações coletivas, tampouco se cumpre com o previsto pelo MS o qual orienta que de 15-20% da carga horária seja empregado para realizar este tipo de atividade. Na minha unidade só acontece o trabalho com diferentes grupos quando é orientado pela gestora municipal de saúde. Fazendo uma análise autocrítica, eu posso dizer que nunca prestei atenção nesta ação programática por considerar que não era da minha responsabilidade; tampouco a dentista estava incorporada 100% à equipe e funcionávamos como duas entidades independentes. O único aspecto positivo que posso mencionar é que neste momento essa realidade é diferente, hoje nós trabalhamos conjuntamente e nos propomos metas para atingir os objetivos do SUS.

Os maiores desafios que temos em frente são: conseguirmos por em dia a realização do preventivo, estimular maior participação às atividades realizadas para os Hipertensos e Diabéticos; e avaliar e realizar atendimento à totalidade dos idosos. De forma geral, operacionalizar a proposta do SUS baseado em seus princípios e diretrizes.

Nossa fortaleza é contar com uma equipe unida, que compreende que na educação permanente, organização, planejamento e engajamento público com uma ampla participação comunitária é que iremos encontrar as soluções para os diferentes problemas que apresentam nossa população. Também temos o total apoio da gestora de saúde e prefeitura.

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

Fazendo uma análise retrospectiva da unidade de ambientação e comparando com a situação atual da ESF/APS na minha unidade, posso concluir que na atualidade tenho os conhecimentos e as ferramentas precisas para realizar as mudanças necessárias na minha UBS - de fato alguns já aconteceram. Na unidade de ambientação descrevi e identifiquei diferentes problemas, hoje, estou em condições de transformar essa realidade através da operacionalização e sistematização de diversas ações norteadas a alcançar a excelência, fortalecer e fazer valer os princípios do SUS.

Enfim, percebo o quanto a elaboração do Relatório de Análise Situacional foi importante, pois pude analisar cada ação programática, bem como seus indicadores de cobertura e de qualidade, verificando as deficiências de cada uma e como podemos mudar estas situações.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

O envelhecimento populacional é um fenômeno natural, irreversível e mundial. O Brasil não escapa dessa tendência, observando-se que a população idosa brasileira tem crescido de forma rápida e em termos proporcionais. A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera uma população envelhecida quando a proporção de pessoas com 60 anos ou mais, atinge 7% com tendência a crescer (BRASIL, 2006); com base neste critério, o Brasil já pode ser considerado um país envelhecido, pois, segundo o Censo Demográfico de 2010, o Brasil apresentava 10% da população na faixa etária acima de 60 anos (IBGE, 2010). De acordo com Acari (2013) uma panorâmica sobre a morbidade hospitalar do município de Acari onde atuo, mostra que 26,99% das internações foram de pessoas idosas (60 anos e mais), sendo esta a mais alta entre as diferentes faixas etárias. O perfil de mortalidade geral do município no período de 2007 a 2011 constatou que 75,65% dos óbitos também ocorreram na população idosa.

A UBS Marta Maria de Araújo, localizada na zona urbana do município de Acari, possui uma equipe de ESF, constituída por: médico, dentista, auxiliar em saúde bucal, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e quatro ACS. Esta é uma unidade adaptada, que não conta com a estrutura física adequada: a sala de espera compartilha o seu espaço com a recepção/arquivo de prontuário, também é onde se faz o acolhimento e tem capacidade para 15 pessoas. A Unidade não tem sala de reunião, nem de vacina, tampouco sala de armazenamento de medicamentos, sanitário para deficientes, depósito para material de limpeza, abrigo para resíduos sólidos, depósito para o lixo não contaminado, sala de recepção, lavagem e descontaminação de material. Conta com dois consultórios muito pequenos sem sanitários, e não tem sala para os ACS. A população adstrita na minha unidade é de

2230 habitantes, dela um total de 252 (11,30%) é constituído por idosos (60 anos e mais).

Dos 252 idosos, apenas 86 (34,12%), (oito diabéticos e setenta e oito hipertensos) recebem algum tipo de atendimento e os poucos indicadores analisados, mostram um atendimento desqualificado desta população. A maioria destes usuários não conta com a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, importante instrumento de cidadania e fortalecimento da atenção básica; nenhum idoso tem feito avaliação funcional (requisito indispensável para o estabelecimento de um diagnóstico, um prognóstico e um julgamento clínico adequados, que serve de base para as decisões sobre os tratamentos e cuidados necessários a estas pessoas), também não tem avaliação de risco para morbimortalidade, nem investigação de indicadores de fragilização na velhice, a saúde bucal é deficiente neste grupo. A participação social e a autonomia destes usuários são escassas e um grande número destes usuários desconhece seus direitos.

Ante esta problemática que evidencia o atendimento precário a esta população, conscientes de que todos estes aspectos tem que ser melhorados, de que é preciso realizar mudanças na organização e gestão do serviço, e da necessidade de criar condições para promover autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, para assegurar os direitos sociais à pessoa idosa e reafirmar e fortalecer os princípios do SUS propomo-nos melhorar a atenção à saúde da pessoa idosa em nossa unidade. A equipe está disposta a assumir essa tarefa e garantir ao idoso uma atenção integral, adequada, de qualidade, humanizada e oportuna.

O maior desafio da equipe é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer às pessoas idosas causadas por doenças e agravos crônicos não transmissíveis, e que podem gerar um processo incapacitante afetando sua funcionalidade, dificultando ou impedindo o desempenho de suas atividades cotidianas de forma independente, elas possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível. Nesse contexto, a intervenção na UBS pode melhorar a atenção à saúde da pessoa idosa; a equipe tem muito a aportar desenvolvendo estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle destas doenças para que mais pessoas alcancem as idades avançadas com o melhor estado de saúde possível.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde da pessoa idosa na USF Marta Maria de Araújo, no município de Acari/RN.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo1: Ampliar a cobertura do Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde da pessoa idosa da área da UBS para 100%.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção à pessoa idosa na UBS.

Meta 2.1: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% das pessoas idosas da área da UBS. (Utilizar como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde).

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas idosas.

Meta 2.3: Rastrear 100% das pessoas idosas para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Meta 2.4: Rastrear 100% das pessoas idosas para Diabetes Mellitus (DM).

Meta 2.5: Realizar exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para idosos com diabetes.

Meta 2.6: Solicitar exames complementares periódicos para 100% das pessoas idosas.

Meta 2.7: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% das pessoas idosas

Meta 2.8: Cadastrar 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Meta 2.9: Realizar visita domiciliar a 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

Meta 2.10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas idosas.

Meta 2.11: Realizar a primeira consulta odontológica para 100% das pessoas idosas.

Meta 2.12: Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% das pessoas idosas cadastradas.

Meta 2.13: Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% das pessoas idosas cadastradas.

Objetivo 3: Melhorar a adesão das pessoas idosas ao Programa de Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 3.1: Buscar 100% das pessoas idosas faltosas às consultas programadas.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

Meta 4.2: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% das pessoas idosas cadastradas.

Objetivo 5: Mapear o risco das pessoas idosas.

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% das pessoas idosas

Objetivo 6: Promover a saúde das pessoas idosas.

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% das pessoas idosas.

Meta 6.3: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% das pessoas idosas cadastradas.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na UBS Marta Maria de Araújo, município de Acari. Participarão da intervenção todas as pessoas de 60 anos e mais que façam parte da área de abrangência da UBS.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 01: Ampliar a cobertura do Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta: 1.1 Ampliar a cobertura de atenção à saúde da pessoa idosa da área da UBS acolhendo 100% da população cadastrada.

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar o acolhimento aos 100% das pessoas idosas da área. Monitorar a cobertura das pessoas idosas da área periodicamente.

Detalhamento: Diariamente ao finalizar a consulta as ACS entregarão na recepção à relação dos idosos visitados por elas, e se somarão aos que compareceram à UBS. Os dados serão coletados nas Fichas Espelhos e depois serão repassado à Planilha de Coleta de Dados, o monitoramento permanecerá durante toda a intervenção.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Acolher a totalidade das pessoas idosas cadastradas. Atualizar as informações do SIAB/e-SUS. Cadastrar todas as pessoas idosas da área da UBS.

Detalhamento: As ACS realizarão visitas previamente planejadas na reunião da equipe para a totalidade das pessoas idosas de sua área.

A equipe da UBS estará preparada para receber aos idosos independentemente do cenário de atuação, realizando uma escuta qualificada contemplando as necessidades específicas de cada um, e encaminhando lhes em consequência para onde precisarem. As ACS cadastrarão as pessoas idosas da área de abrangência, os novos cadastros serão registrados nos documentos criados para esses fins.

A Gestora de Saúde receberá a informação precisa por parte do enfermeiro ou médica, para atualizar as informações do SIAB/e-SUS.

Engajamento Público

Ação: Esclarecer a comunidade sobre a importância das pessoas idosas realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na UBS. Informar a comunidade sobre a existência do Programa Saúde do Idoso.

Detalhamento: Diariamente no horário de maior confluência à UBS na sala de espera, um membro da equipe orientará a população sobre a importância das pessoas idosas realizarem acompanhamento periódico, sobre as facilidades de realizá-lo na UBS e sobre a existência do Programa Saúde do Idoso.

Também será oferecido este tipo de informação quando se realizarem visitas domiciliares, consultas médicas ou de enfermagem e em reunião de grupo (se realizarão palestras, entre outras atividades). Como via alternativa utilizaremos a rádio local e as redes de comunicação social (internet) para divulgar essa informação.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe no acolhimento às pessoas idosas e para a Política Nacional de Humanização. Capacitar os ACS na busca das pessoas idosas faltosas à consulta.

Detalhamento: Com o apoio do NASF e gestora de saúde, a equipe de saúde será capacitada sobre o acolhimento e modo de operar os processos de trabalho de forma a dar atenção aos idosos de nossa área, ouvindo suas necessidades, assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar as respostas mais adequadas, e de realizá-lo em todos os momentos do processo de atenção e gestão. Também a equipe será instruída na busca das pessoas idosas faltosas à consulta e no cadastramento dessa população.

Objetivo 2- Melhorar a qualidade da atenção à pessoa idosa na UBS.

Metas:

2.1. Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% das pessoas idosas da área da UBS. (utilizar como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde).

2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas idosas.

2.3. Rastrear 100% das pessoas idosas para Hipertensão Arterial Sistêmica.

2.4. Rastrear 100% das pessoas idosas para Diabetes Mellitus (DM).

2.5. Realizar exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para idosos com diabetes.

2.6. Solicitar exames complementares periódicos para 100% das pessoas idosas.

2.7. Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% das pessoas idosas.

2.8. Cadastrar 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

2.9. Realizar visita domiciliar a 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

2.10. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas idosas.

2.11. Realizar a primeira consulta odontológica para 100% das pessoas idosas.

2.12. Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% das pessoas idosas cadastradas.

2.13. Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% das pessoas idosas cadastradas.

Monitoramento e Avaliação

Ações: Monitorar a realização de exame clínico apropriado das pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa. Monitorar a realização de exame físico dos pés apropriado para pessoas idosas com diabetes. Monitorar o número pessoas idosas submetidas a rastreamento para HAS e DM periodicamente. Monitorar a avaliação multidimensional rápida em 100% dos idosos. Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular / Hiperdia. Monitorar o número de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção cadastrados. Monitorar a realização de visita domiciliar para pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção. Monitorar a realização dos exames complementares preconizados em o 100% dos idosos. Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de pessoas idosas. Monitorar número de pessoas idosas cadastradas na Unidade com avaliação de alterações de mucosa bucal. Monitorar número de pessoas idosas cadastradas na Unidade com necessidade de prótese dentária. Monitorar a realização da primeira consulta e o acompanhamento odontológico de todos os idosos da área de abrangência. Monitorar número de pessoas idosas cadastradas na Unidade em acompanhamento odontológico no período.

Detalhamento: O monitoramento de exame clínico aos idosos, exame físico dos pés apropriado para pessoas idosas com diabetes, avaliação multidimensional rápida em todos os idosos, o número pessoas idosas submetidas a rastreamento para HAS e DM, e a realização dos exames complementares, será feito durante todo o processo de intervenção e será realizado por meio das fichas de cadastro do Programa. A caderneta de idoso será monitorada nas consultas e visitas domiciliares por os membros da equipe presentes nos diferentes cenários de atuação; de igual forma se monitorará a realização da primeira consulta, o acompanhamento odontológico e a avaliação das pessoas idosas com necessidade de tratamento odontológico, alterações de mucosa bucal e com necessidade de prótese dentária. O monitoramento do acesso aos medicamentos da Farmácia Popular / Hiperdia se realizara por parte da farmacêutica da farmácia popular que nos fara chegar a informação quinzenalmente. Também será efetuada a análise das fichas espelho cada semana. Do mesmo modo será monitorada a realização de visita domiciliar para pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

Organização e Gestão do Serviço

Ações: Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todas as pessoas idosas (balança, antropômetro, Tabela de Snellen) e material adequado para realização do hemoglicoteste e para a tomada da medida de pressão arterial (esfignomômetros, manguitos, fitas métricas) na unidade de saúde. Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico aos 100% das pessoas idosas e exame físico dos pés, e medida da sensibilidade para idosos com diabetes. Manter um registro das necessidades de medicamentos dos idosos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Garantir a solicitação dos exames complementares indicados no protocolo e disponíveis em nosso município e estabelecer sistema de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados. Garantir o registro das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa, e organizar a agenda para realizar lhes visitas domiciliares. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Avaliar alterações de mucosa bucal e necessidade de prótese dentária em 100% das pessoas idosas cadastradas nos diversos cenários de atuação. Organizar agenda de saúde bucal para primeira consulta das pessoas idosas.

Detalhamento: Pactuaremos com a gestora da saúde o fornecimento e manutenção permanente dos recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todas as pessoas idosas (balança, antropômetro, Tabela de Snellen) e material adequado para realização do hemoglicoteste e tomado de pressão arterial (esfignomanômetros, manguitos, etc.) na unidade de saúde.

O enfermeiro e a médica serão os responsáveis da realização do exame clínico aos 100% das pessoas idosas, exame físico dos pés, e medida da sensibilidade para idosos com diabetes, que se efetuará nas consultas e visitas domiciliares programadas para esse fim.

A equipe levará o registro das fichas de cadastro do Programa, das necessidades de medicamentos dos idosos hipertensos e/ou diabéticos. Estes dados serão enviados à gestora de saúde de modo que esta possa garantir a existência desses medicamentos na farmácia popular.

Nas consultas (domiciliares ou na unidade) será entregue a requisição dos exames complementares indicados no protocolo e disponíveis em nosso município a cada paciente idoso. As ACS monitorarão a realização dos mesmos e o técnico em enfermagem se encarregará da realização dos exames a os pacientes com dificuldades para se locomover.

As ACS cadastrarão as pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção, e organizará a agenda para realizar lhes visita e consulta domiciliar.

A equipe de saúde organizará a agenda de saúde bucal para primeira consulta, e avaliação das pessoas idosas, nas reuniões da equipe que se realizam cada semana.

Engajamento Público

Ações: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção a Pessoa Idosa da Unidade de Saúde. Orientar a comunidade quanto às doenças mais prevalentes entre as pessoas idosas e a importância de sua prevenção. Orientar a comunidade sobre a disponibilidade de visita domiciliar para as pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção. Informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de pessoas idosas e de sua importância para saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na Unidade de Saúde.

Detalhamento: A comunidade será informada por meio de palestras, folhetos, murais, programa de rádio local sobre a existência do Programa de Atenção à Pessoa Idosa da Unidade de Saúde, atendimento odontológico prioritário

e sua importância para saúde geral, da disponibilidade de visita domiciliar para as pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção, e sobre as doenças mais prevalentes entre as pessoas idosas e a importância de sua prevenção; aproveitando todos os cenários de atuação disponíveis.

Qualificação da Prática Clínica

Ações: Capacitar os profissionais para o atendimento das pessoas idosas de acordo com o protocolo adotado pela UBS. Treinar a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida. Capacitar a equipe da Unidade de Saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito. Capacitar a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em pessoas idosas com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmhg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica. Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares. Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes. Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Capacitar os ACS para o cadastramento das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência. Orientar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção. Orientar os ACS para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita a domicílio. Capacitar a equipe para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas. Capacitar a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em pessoas idosas. Capacitar a equipe de saúde para identificar alterações de mucosa. Capacitar a equipe para orientar idosos sobre a importância do uso das próteses dentárias. Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de pessoas idosas para o serviço odontológico.

Detalhamento: Todos os funcionários envolvidos no programa se capacitarão através de atividades teórico-práticas na aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida, na verificação da pressão arterial e realização do hemoglicoteste em pessoas idosas com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmhg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, também para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares. Manteremos capacitação permanente durante todo o projeto

destinando as duas primeiras horas da reunião da equipe para esse fim, onde trataremos diferentes temas tais como: atualização no tratamento da hipertensão e/ou diabetes, cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção, sobre as alternativas dos idosos para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, assim como o preenchimento adequado da Caderneta do Idoso, Planilha de Coleta de Dados, e Ficha em Espelho, de modo que façam o registro correto dos procedimentos clínicos.

As ACS receberão por escrito os parâmetros que devem ter em conta para identificar aos pacientes idosos que precisarem de visita a domicílio.

A dentista capacitará à equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico, identificação das alterações de mucosa, também sobre como orientar aos idosos acerca da importância do uso das próteses dentárias e na identificação de sinais que requeiram de um serviço odontológico prioritário.

Objetivo 03: Melhorar a adesão das pessoas idosas ao Programa de Saúde do Idoso.

Meta:

3.1. Buscar 100% das pessoas idosas faltosas às consultas programadas.

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento as pessoas idosas adotadas pela unidade de saúde.

Detalhamento: A equipe de saúde será notificada imediatamente da não ocorrência do idoso à consulta, e se ativarão os mecanismo para sua localização, as primeiras a irem ao domicílio serão as ACS que se interessarão pelo estado do idoso e entregarão ao idoso a data para a recuperação da consulta, também o idoso será visitado pela equipe de saúde e lideranças comunitárias dessa área, nessa mesma semana. É objetivo de essa visita reforçar o compromisso da equipe com a saúde do idoso e envolver a família como um componente essencial do planejamento assistencial para o alcance do sucesso.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Detalhamento: As consultas serão organizadas com antecipação as visitas domiciliares de modo que possamos proceder à busca do faltoso nessa mesma semana.

Engajamento Público

Ação: Esclarecer as pessoas idosas e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Se realizarão visitas domiciliares aos idosos faltosos a consulta; aproveitaremos essa visita para interatuar com os membros familiares oferecendo informação sobre o Programa de Atenção a Pessoa Idosa da Unidade de Saúde, na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos com ética, compromisso e respeito. Os usuários de nossa unidade serão informados por a equipe de como será o planejamento das consultas dos idosos através de informação que será dada no mural informativo em nossa unidade, também receberemos o apoio dos líderes formais e informais da comunidade em trabalho conjunto com a equipe de saúde. Nas atividades grupais reforçaremos essa informação.

Qualificação da Prática Clínica

Ações: Treinar os ACS para a orientação das pessoas idosas em quanto a realizar as consultas e sua periodicidade. Definir com a equipe a periodicidade das consultas.

Detalhamento: Toda a equipe contará por escrito com os planejamentos e periodicidades das consultas que informarão a população e ao idoso que comparecerem a nossa unidade; tanto a equipe como as ACS, receberá capacitação por parte do Psicólogo do NASF, no tocante ao relacionamento e abordagem dos idosos tendo em conta as particularidades desta faixa etária; esta capacitação será essencial já que é preciso que a informação seja transmitida de forma clara, e logre a receptividade da população a quem vai transmitido à mensagem.

Objetivo 04: Melhorar o registro das informações.

Metas:

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

4.2. Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% das pessoas idosas cadastradas.

Monitoramento e Avaliação

Ações: Monitorar a qualidade dos registros das pessoas idosas acompanhadas na UBS. Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Detalhamento: Semanalmente a equipe em sua reunião monitorará os registros preconizados neste programa (Planilha de Coleta de Dados, e Ficha em Espelho), todos os funcionários, monitorarão as cadernetas dos idosos seja na consulta ou em visita domiciliar.

Organização e Gestão do Serviço

Ações: Manter as informações do SIAB atualizadas. Pactuar com a equipe o registro das informações. Definir responsável pelo monitoramento dos registros. Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização da Avaliação Multidimensional Rápida e dos demais procedimentos preconizados. Solicitar ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Detalhamento: Semanalmente será iniciada a reunião da equipe com a análise dos dados do idoso. As ACS informarão caso tenha algum falecimento ou algum paciente que tenha saído da área de abrangência da UBS. A doutora e o enfermeiro comunicarão caso algum idoso seja diagnosticado com DM e/ou HAS, desta maneira poderemos manter as informações do SIAB atualizadas.

Cada idoso terá Planilha de Coleta de Dados, e Ficha em Espelho que atenderá os dados dos pacientes e serão preenchidos pelos funcionários envolvidos no programa. Os responsáveis de monitorar esses registros serão a médica e enfermeiro da unidade, toda a equipe é responsável de comunicar a presença de situações de alerta quanto a não realização dos procedimentos preconizados. Destinar-se-á a primeira hora da reunião da equipe à análise da marcha do programa. Solicitaremos a gestora municipal o fornecimento das cadernetas do idoso.

Engajamento Público

Ações: Orientar a comunidade de pessoas idosas sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. Orientar as pessoas idosas e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção.

Detalhamento: Consideraremos qualquer cenário possível aproveitando sobre tudo as atividades grupais para informar ao idoso, cuidadores e familiares sobre seus direitos com base nas diretrizes contidas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e nas metas propostas no Pacto pela Vida de 2006. Todos deverão conhecer que é responsabilidade da equipe o preenchimento correto da caderneta, o que é de importância vital já que é uma ferramenta de identificação de situações de riscos potenciais para a saúde da pessoa idosa, daí a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção.

Qualificação da Prática Clínica

Ações: Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento as pessoas idosas. Capacitar a equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa.

Detalhamento: Uma semana antes do processo de intervenção a equipe realizará uma oficina onde se explicará o preenchimento correto dos registros necessários para o acompanhamento do atendimento as pessoas idosas, prestando-lhe grande importância sobre o preenchimento da caderneta. A gestora municipal discutirá com a equipe o manual de orientação para os profissionais de saúde que acompanha a caderneta.

Objetivo 05: Mapear o risco das pessoas idosas

Metas:

5.1. Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade (incluindo o risco cardiovascular quando necessário).

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

5.3. Avaliar a rede social de 100% das pessoas idosas.

Monitoramento e Avaliação

Ações: Monitorar o número de pessoas idosas de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência. Monitorar o número de pessoas idosas investigadas para indicadores de fragilização na velhice. Monitorar a realização de avaliação da rede social em todas as pessoas idosas acompanhados na UBS. Monitorar todas as pessoas idosas com rede social deficiente.

Detalhamento: A equipe de saúde estará sensibilizada e preparada para monitorar em todos os espaços (consultas, visitas domiciliar, às atividades sociais e

de lazer onde as pessoas idosas podem participar individualmente ou em grupos organizados), número de pessoas idosas de maior risco de morbimortalidade, realização de avaliação da rede social e estigmas de fragilização na velhice, o que propiciará a detecção precoce de sinais que indiquem esse estado plasmando essa observação nos registros determinados para esses fins. O monitoramento será contínuo.

Organização e Gestão do Serviço

Ações: Priorizar o atendimento a pessoas idosas de maior risco de morbimortalidade. Priorizar o atendimento de pessoas idosas fragilizadas na velhice. Facilitar o agendamento e a visita domiciliar a pessoas idosas com rede social deficiente.

Detalhamento: Organizaremos as consultas, visitas programadas e o atendimento a pessoas idosas de maior risco de morbimortalidade, e para aqueles com rede social deficiente. Os funcionários envolvidos no programa identificarão a presença de indicadores de fragilização na velhice, isto servirá de base para priorizar o atendimento por profissional qualificado, com objetivo de detecção dos sinais que indiquem essa condição e propiciar o estabelecimento de intervenções precoces apropriadas e individualizadas.

Engajamento Público

Ações: Orientar as pessoas idosas sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco. Orientar as pessoas idosas fragilizadas e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente. Orientar as pessoas idosas e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde.

Detalhamento: Tanto em atividades grupais, visitas domiciliares, quanto em consultas, os idosos, cuidadores e familiares serão instruídos por parte da equipe de saúde sobre o nível de risco do idoso e a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco; orientarão as pessoas idosas e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde e estimularão na comunidade a promoção da socialização da pessoa idosa (trabalhos em igrejas, escolas, grupos de apoio...) e do estabelecimento de redes sociais de apoio. Também orientarão as pessoas idosas fragilizadas e a comunidade sobre os sinais de fragilização na velhice e como deverão reagir ante as mesmas. Eles serão

agentes proativos na detecção precoce dos sinais que indiquem essa condição e muito possivelmente contribuir para o adiamento ou a não instalação da mesma.

Qualificação da Prática Clínica

Ações: Capacitar os profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa. Capacitar os profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice. Capacitar a equipe para avaliar a rede social das pessoas idosas.

Detalhamento: Toda a equipe será capacitada desde duas semanas antes do início da intervenção, sobre a identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa, sobre a avaliação da rede social destes pacientes assim como os sinais de fragilização, como parte da capacitação permanente que manteremos quinzenalmente durante todo o processo; receberemos o apoio do NASF.

Objetivo 06: Educar e promover na população idosa, cuidados encaminhados a garantir uma adequada nutrição, higiene bucal e à prática sistemática de atividade física.

Metas:

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

6.2. Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% das pessoas idosas.

6.3. Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% das pessoas idosas cadastradas.

Monitoramento e Avaliação

Ações: Monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todas as pessoas idosas. Monitorar a realização de orientação de atividade física regular para todas as pessoas idosas. Monitorar a realização de orientação sobre a importância da higiene bucal para todas as pessoas idosas.

Detalhamento: O monitoramento será realizado por meio das Fichas Espelho logo esses dados serão repassados para a Planilha de Coleta de Dados, Caderneta de Idoso; este monitoramento acontecerá durante todo o processo da intervenção.

Organização e Gestão do Serviço

Ações: Definir o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e para a prática regular de atividade física. Demandar do gestor municipal parcerias institucionais para realização de atividade física. Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: Todos os membros da equipe estarão em condições de apoiar aos idosos oferecendo-lhes informação nutricional. A nutricionista do NASF fará a avaliação individual daqueles que precisarem, e nas atividades grupais participará com palestras e orientações sobre o tema. A terapeuta ocupacional terá um papel preponderante neste programa, realizando atividades grupais e individuais segundo o caso, também realizará visitas domiciliares, orientando aos pacientes na realização da atividade física, em concordância com o estado de saúde dos idosos. Toda equipe trabalhará na estimulação da prática da atividade física nos idosos, ratificando a importância desta atividade. O tempo médio das consultas será de 20 minutos por pacientes nos três turnos de trabalho destinado aos pacientes idosos.

Engajamento Público

Ações: Orientar as pessoas idosas, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis. Orientar as pessoas idosas e a comunidade para a realização de atividade física regular. Orientar as pessoas idosas e seus familiares sobre a importância da higiene bucal em geral e em uso de próteses dentárias.

Detalhamento: Os idosos, familiares e cuidadores serão orientados sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis, por meio dos "Dez Passos para uma Alimentação Saudável", adaptados para a pessoa idosa. Receberão esta informação por os profissionais da saúde e através de folhetos, palestras, em quaisquer dos espaços propícios para emitir este tipo de informação. Também se darão orientações nutricionais e alimentares, a aqueles idosos que apresentam situações de doenças crônicas como diabetes, hipertensão, obesidade e hipercolesterolemia. Todos os idosos serão estimulados à prática sistemática da atividade física de baixo impacto, intensidade moderada (caminhada, dança, ioga, Tai Chi Chuang), e receberão orientações sobre seus benefícios. Na sala de espera da UBS, visitas domiciliares e atividades grupais, conjuntamente com as orientações nutricionais serão oferecidas, além de informação sobre a importância da higiene bucal em geral e em o uso de próteses dentárias.

Qualificação da Prática Clínica

Ações: Capacitar a equipe para a orientação nutricional específica para o grupo de pessoas idosas. Capacitar a equipe para orientar as pessoas idosas sobre a realização de atividade física regular. Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias.

Detalhamento: A equipe de NASF (nutricionista, terapeuta ocupacional, psicólogo, e demais membros dele) conjuntamente com a dentista, fornecerá aos funcionários de nossa UBS envolvidos no programa, dos conhecimentos imprescindíveis para promover "estilos de vida saudáveis" nos pacientes idosos. Como parte de nossa educação e superação permanente essa capacitação se efetuará quinzenalmente.

2.3.2 Indicadores

Objetivo1: Ampliar a cobertura do Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde da pessoa idosa da área da UBS para 100 %.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção à saúde da pessoa idosa na UBS.

Numerador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Denominador: Número total de pessoas idosas residentes na área da UBS.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção à pessoa idosa na UBS.

Meta 2.1: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% das pessoas idosas da área da UBS. (Utilizar como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde).

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

Numerador: Número de pessoas idosas com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

Denominador: Número total de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas idosas.

Indicador 2.2: Proporção de pessoas idosas com exame clínico apropriado em dia.

Numerador: Número de pessoas idosas com exame clínico apropriado em dia.

Denominador: Número total de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 2.3: Rastrear 100% das pessoas idosas para HAS.

Indicador 2.3: Proporção de pessoas idosas rastreadas para HAS.

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

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 2.4: Rastrear 100% das pessoas idosas para DM.

Indicador 2.4: Proporção de pessoas idosas rastreadas para DM.

Numerador: Número de pessoas idosas rastreadas para DM.

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 2.5: Realizar exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para idosos com diabetes.

Indicador 2.5: Proporção de pessoas idosas com diabetes com exame apropriado dos pés em dia.

Numerador: Número de pessoas idosas com diabetes com exame apropriado dos pés em dia.

Denominador: Número total de pessoas idosas com diabetes cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 2.6: Solicitar exames complementares periódicos para 100% das pessoas idosas.

Indicador 2.6: Proporção de pessoas idosas com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Numerador: Número de pessoas idosas com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Denominador: Número total de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 2.7: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% das pessoas idosas.

Indicador 2.7: Proporção de pessoas idosas com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Numerador: Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular.

Denominador: Número total de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 2.8: Cadastrar 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Indicador 2.8: Proporção de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção cadastrados.

Numerador: Número de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção cadastrados.

Denominador: Número total de pessoas idosas acamadas ou com problema de locomoção.

Meta 2.9: Realizar visita domiciliar a 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

Indicador 2.9: Proporção de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.

Numerador: Número de pessoas idosas acamadas ou com problema de locomoção que receberam visita domiciliar.

Denominador: Número de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 2.10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas idosas.

Indicador 2.10: Proporção de pessoas idosas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de pessoas idosas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 2.11: Realizar a primeira consulta odontológica para 100% das pessoas idosas.

Indicador 2.11: Proporção de pessoas idosas com primeira consulta odontológica programática.

Numerador: Número de pessoas idosas com primeira consulta odontológica programática.

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 2.12: Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% das pessoas idosas cadastradas.

Indicador 2.12: Proporção de pessoas idosas com avaliação de alterações de mucosa bucal.

Numerador: Número de pessoas idosas com avaliação de alterações de mucosa.

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 2.13: Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% das pessoas idosas cadastradas.

Indicador 2.13: Proporção de pessoas idosas com avaliação de necessidade de prótese dentária.

Numerador: Número de pessoas idosas com avaliação de necessidade de prótese dentária.

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Objetivo 3: Melhorar a adesão das pessoas idosas ao Programa de Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 3.1: Buscar 100% das pessoas idosas faltosas às consultas programadas.

Indicador 3.1: Proporção de pessoas idosas faltosas às consultas e que receberam busca ativa.

Numerador: Número de pessoas idosas faltosas às consultas programadas e buscadas pela UBS.

Denominador: Número de pessoas idosas faltosas às consultas programadas.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

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

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 4.2: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% das pessoas idosas cadastradas.

Indicador 4.2 Proporção de pessoas idosas cadastradas no programa com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Numerador: Número de pessoas idosas com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Objetivo 5: Mapear o risco das pessoas idosas.

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

Indicador 5.1 Proporção de pessoas idosas com avaliação de risco para morbimortalidade atualizada.

Numerador: Número de pessoas idosas rastreadas quanto ao risco de morbimortalidade.

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

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

Indicador 5.2: Proporção de pessoas idosas com avaliação para fragilização na velhice atualizada.

Numerador: Número de pessoas idosas investigadas quanto à presença de indicadores de fragilização na velhice.

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 5.3: Avaliar a rede social de 100% das pessoas idosas.

Indicador 5.3: Proporção de pessoas idosas com avaliação de rede social atualizada.

Numerador: Número de pessoas idosas com avaliação de rede social.

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Objetivo 6: Promover a saúde das pessoas idosas.

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 pessoas idosas com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 6.2: Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% das pessoas idosas.

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

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

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 6.3: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% das pessoas idosas cadastradas.

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

Numerador: Número de pessoas idosas com orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

2.3.3 Logística

Para a realização da intervenção no programa de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa vamos a adotar Caderno de Atenção Básica nº 19, Envelhecimento e saúde da pessoa idosa (BRASIL, 2006). Utilizaremos a ficha espelho e a planilha eletrônica de coleta de dados disponibilizada pelo curso. Como a ficha espelho não inclui informações sobre acompanhamento de saúde bucal, o médico e enfermeiro elaborarão uma ficha complementar que será anexada a ficha espelho para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção (Apêndice A). Também utilizaremos os prontuários, os livros de registros da unidade e os registros do Sistema de Informação da Atenção (SIAB). Estimamos alcançar com a intervenção os 252 idosos da área e pactuaremos com o gestor municipal a impressão das fichas espelhos e fichas complementares que se precisem para a execução deste projeto garantindo que estas estejam prontas para o início da intervenção.

Para organizar o registro específico do programa, o enfermeiro anotará no livro de registro todos os idosos que forem atendidos na UBS durante a intervenção. Da mesma forma, o registro do atendimento será feito no prontuário e na ficha espelho e, semanalmente, serão consolidados na planilha de coleta de dados. Ao mesmo tempo, o mesmo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre o livro de registro de atendimentos.

Depois de feita a análise situacional e definido o foco para intervenção, os quais já foram discutidos com a equipe, começaremos a intervenção com a capacitação dos profissionais sobre os protocolos definidos para os idosos, citados acima. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS e serão realizadas nas duas primeiras semanas. O médico e o enfermeiro serão responsáveis. Além disso, toda quinta-feira à tarde as duas últimas horas da reunião da equipe se destinarão à capacitação nos temas com maiores dificuldades, o responsável será o médico. Esta atividade ocorrerá ao longo de toda a intervenção.

O acolhimento dos idosos que buscarem o serviço será realizado pelo técnico de enfermagem e recepcionista, os usuários com problemas agudos serão atendidos no mesmo turno. Para os idosos provenientes da busca ativa serão reservados três atendimentos de manhã e três à tarde. Todos os usuários sairão da UBS com a próxima consulta agendada no seu cartão.

Para sensibilizar a comunidade sobre a importância da atenção ao paciente idoso e seu acompanhamento regular, realizaremos palestras na própria UBS e outros cenários de atuação disponíveis (a própria comunidade, escolas, clube municipal, etc.) com envolvimento de todos os profissionais da unidade. Também utilizaremos outros meios de comunicação tais como a rádio local, carros de som e internet. Estabeleceremos parcerias com os equipamentos sociais do nosso território. A própria consulta, realizada pelo médico e pelo enfermeiro servirá de espaço para a promoção do engajamento público.

Para o monitoramento da intervenção, o enfermeiro examinará as fichas espelho e prontuários de todos os idosos que comparecerem ao atendimento, semanalmente, na própria UBS; avaliará os usuários que têm atraso nos exames clínico, laboratorial, que precisem de atendimento odontológico, sendo essas informações inseridas e destacadas na planilha de coletas de dados ao final de cada semana. As ACS monitorarão as ações daqueles que se encontram acamados e

com dificuldades para se locomover e farão busca ativa dos usuários faltosos. Ao fazer busca já agendará ao idoso para um horário de sua conveniência.

Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica.

Para garantir a qualidade da atenção aos idosos, em cada atendimento, o técnico em enfermagem será responsável por avaliar pressão arterial, altura, peso, índice de massa corporal e circunferência abdominal, fazendo os registros no prontuário. O médico e enfermeiro serão responsáveis de fazer o exame clínico incluindo o da boca, pés, avaliação de risco de morbimortalidade, de fragilidade na velhice, e indicarão os exames complementares estabelecidos no protocolo, também serão responsáveis pelo atendimento no domicílio daqueles idosos acamados e com dificuldades para se locomover. Toda a equipe será responsável de realizar Avaliação Multidimensional Rápida da Pessoa Idosa, de identificar sinais que indiquem fragilidade na velhice e de avaliar necessidade de atendimento odontológico. O médico encaminhará a outro especialista se precisar.

Para viabilizar o acesso aos medicamentos e a sua disponibilidade, de quinze em quinze dias, será feita uma avaliação dos medicamentos existentes na farmácia popular para os idosos hipertensos e diabéticos, assim como a avaliação se a quantidade está de acordo com o número de usuários cadastrados. A técnica de farmácia será a responsável pelo controle rígido dos medicamentos e só fará a dispensação aos usuários com prescrição devidamente preenchida segundo o estabelecido.

A promoção e educação em saúde serão feita de forma contínua em cada atendimento, seja na consulta, visita domiciliar, atividade do grupo ou com a comunidade. O responsável será a equipe de saúde com respaldo do NASF.

Para a ação de estimular a realização de atividade física pelos usuários, o médico ficará responsável de buscar junto ao gestor a pactuação do funcionamento da academia para atividades com idosos, duas ou três vezes por semana.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Durante estas 12 semanas de execução do projeto de intervenção, conseguimos fazer com muitas ações fossem colocadas em prática, algumas foram mais fáceis de executar, outras já apresentaram alguma dificuldade.

As ações no eixo monitoramento e avaliação se realizaram durante todo o processo da intervenção sem dificuldades; o acolhimento e cobertura das pessoas idosas da área foram monitorados periodicamente. Monitorou-se por parte da equipe a realização de exame clínico apropriado das pessoas idosas cadastradas no Programa, a realização de exame físico dos pés apropriado para pessoas idosas com diabetes, o número pessoas idosas submetidas a rastreamento para HAS e DM periodicamente, a avaliação multidimensional rápida em 100% dos idosos, o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular / Hiperdia, o número de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção e as visitas a estas pessoas, também a realização dos exames complementares preconizados, a avaliação da necessidade de tratamento odontológico, o número de pessoas idosas com avaliação de alterações de mucosa bucal, a realização da primeira consulta e o acompanhamento odontológico de todos os idosos da área de abrangência.



Figura 4: Fotografia de consulta médica ao usuário idoso.

Fonte: Arquivo próprio



Figura 5: Fotografia de consulta odontológica ao usuário idoso.
Fonte: Arquivo próprio.

Realizou-se com sucesso o monitoramento dos idosos de maior risco de morbimortalidade e os que mostravam indicadores de fragilização na velhice, assim como de todas as pessoas idosas com rede social deficiente. A preparação prévia e organização da equipe facilitaram a execução destas ações. Cada funcionário envolvido no processo contou com a definição em quanto às suas atribuições e desempenho para desenvolver estas ações, por esta razão não foi difícil monitorar a qualidade dos registros das pessoas idosas acompanhadas na UBS. As ações previstas neste eixo se realizaram com qualidade e hoje todas estas ações fazem parte da rotina diária em nosso serviço.

Com a colaboração conjunta dos líderes comunitários, gestora de saúde, equipe, e a utilização de todos os meios disponíveis para a divulgação (carros com equipes de som, rádio local, entrega de panfletos, informação na sala de espera da UBS, entre outras), as ações no eixo de engajamento público se realizaram sem obstáculos e se mantiveram ao longo de toda a intervenção. Conseguimos orientar a comunidade a importância das pessoas idosas realizarem acompanhamento periódico, sobre a existência do Programa Saúde do Idoso, e as facilidades de realizá-lo na UBS. Também a população recebeu informação sobre as doenças mais prevalentes entre as pessoas idosas, a importância de sua prevenção, da disponibilidade de visita domiciliar para as pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção, sobre o atendimento odontológico prioritário e de sua

importância para saúde geral. Conheceram seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário e sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção.



Figura 6: Fotografia da realização das práticas de atividade física
Fonte: Arquivo próprio.



Figura 7: Fotografia da realização de ações sobre Alimentação Saudável
Fonte: Arquivo próprio.

Estas ações foram executadas com destreza pelos membros da equipe encarregados de desenvolvê-las, e foram cumpridas em sua totalidade, também se mantiveram ao longo da intervenção e se realizam na prática diária em nossa unidade. A boa preparação da equipe e seu comprometimento com a garantia da saúde da população ajudaram a sua posta em prática. A população alvo, dona desta

informação junto com a equipe de saúde estão preparadas para dar continuidade a sua implementação ainda após a intervenção.



Figura 8: Fotografia da realização de visitas domiciliares pela equipe da UBS.
Fonte: Arquivo próprio.

Segundo previsto no cronograma, a equipe ao início da intervenção, já contava com preparação prévia onde foram capacitadas no acolhimento e busca das pessoas idosas que não realizavam acompanhamento em nenhum serviço e para a Política Nacional de Humanização; todos os funcionários envolvidos no programa foram capacitados por meio de atividade teórico-prática para seguir o protocolo adotado na UBS em quanto à realização de exames clínicos, e oferecer informação ao usuário. Mantivemos a capacitação permanente durante todo o projeto destinando as duas primeiras horas da reunião da equipe para esse fim, onde tratamos diferentes temas tais como: atualização no tratamento da hipertensão e/ou diabetes, cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção, sobre as alternativas dos idosos para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, assim como o preenchimento adequado dos instrumentos utilizados no projeto (ficha espelho, PCD, entre outros), de modo que fizeram o registro correto dos procedimentos clínicos.

O aprimoramento das reuniões da equipe onde acontecia a capacitação de todos os membros, o planejamento oportuno das ações e a correta abordagem para

vincular os conhecimentos adquiridos na prática propiciaram para que cada funcionário envolvido no processo tivesse mais domínio no referente com suas atribuições. A capacitação permanente estabelecida com regularidade em nossa unidade proporcionou um aprofundamento dos conhecimentos relacionados com temas de inteiros. A qualificação da prática clínica ficou inserida na rotina de trabalho da UBS.



Figura 9: Fotografia da realização de orientações aos usuários em sala de espera e reunião de equipe

Fonte: Arquivo próprio.

Sobre a organização e gestão do serviço, podemos dizer que cada membro da equipe consciente do rol a desempenhar, acolheu e cadastrou com profissionalismo à população alvo em qualquer dos cenários de atuação, também a atualização das informações do SIAB/e-SUS se realizaram com qualidade pelo funcionário destinado para este fim.



Figura 10: Fotografia da recepcionista da UBS registrando dados do usuário

Fonte: Arquivo próprio.

Garantir os recursos necessários para a realização de algumas ações foi um aspecto que dificultou o bom desenvolvimento do projeto; na terceira semana da intervenção tivemos falha no fornecimento das fichas espelho e caderneta de saúde da pessoa idosa o que provocou lentidão no processo de trabalho; também apresentamos dificuldades com a realização dos exames complementares, embora fossem indicados à totalidade dos pacientes que precisavam dos mesmos como estava previsto, o processo não parou, graças a iniciativas que se tomaram onde a participação comunitária teve um papel de destaque. Outros aspectos que em algum momento da intervenção entorpeceram em menor medida o bom desempenho do projeto foram: não cumprimento em certas ocasiões do tempo destinado para a realização das consultas devido a situações que afetaram o estado de saúde da comunidade e tivemos que priorizar o atendimento à demanda espontânea (alta incidência de pacientes com vômitos e diarreias concorrentes a consulta), baixa disponibilidade de recursos humanos (parte da equipe se viu afetada por viroses), também ao início da intervenção faltou organização no planejamento das consultas odontológicas.

Felizmente por gestões realizadas pela prefeitura municipal, secretaria de saúde, comunidade e equipe, consistentes em estabelecer parcerias institucionais para realização de exames complementares, para a impressão das fichas espelho e caderneta de saúde, pudemos para o terceiro mês de intervenção fechar com ótimos resultados.



Figura 11: Fotografia da equipe reunida em comemoração ao final da intervenção.
Fonte: Arquivo próprio.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Não tivemos ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas o que foi possível pelo envolvimento de todos os fatores, a equipe, a comunidade e o apoio da gestão municipal.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Apresentamos certa dificuldade na coleta e sistematização de dados ao início da intervenção por apresentarmos déficit de fichas espelho e dificuldades no preenchimento da PCD, conseqüentemente, o cálculo dos indicadores resultava errado, em parte produzido pelo pouco conhecimento da informática da minha parte. Ao final da intervenção o fechamento das planilhas de coleta de dados e cálculo dos indicadores se tornou mais fácil.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Quando iniciamos a intervenção destinamos um grande número de vagas para o atendimento da população alvo, tivemos dificuldades com o fornecimento das fichas espelho e cadernetas de saúde do idoso; na atualidade todos os idosos foram avaliados, quando saem da UBS levam consigo a data da próxima consulta em um período de tempo estabelecido pela prioridade do caso. Temos um banco de dados onde estão registradas todas as pessoas da área com sua data de nascimento, cada semana nas reuniões da equipe selecionamos os pacientes que farão parte da faixa etária de 60 anos e mais e se reservam vagas para eles, seja na consulta da UBS ou visita domiciliar, segundo as necessidades do usuário, estes são informados pelos ACS.

Na unidade contamos com um estoque onde mantemos sempre uma quantidade generosa de fichas espelho e caderneta de saúde, as quais na medida em que vamos entregando aos pacientes vamos repondo. As parcerias estabelecidas pela gestora de saúde com outras instituições para realização de exames complementares e encaminhamentos a outros níveis de atenção continuam vigentes. A equipe está treinada e capacitada para realizar o acolhimento com escuta qualificada de todos os pacientes da área em qualquer cenário de atuação, assim como para desenvolver as ações que já fazem parte da rotina diária de trabalho, cada membro conhece de suas atribuições e tem o firme propósito de

oferecer ao usuário um atendimento de excelência. A capacitação continua sendo uma constante em nossa rotina de serviço.

Durante a intervenção o trabalho da equipe foi fortalecido, estamos em constante aperfeiçoamento e com o tempo vamos desenvolvendo novas estratégias e ações focadas a facilitar o nosso trabalho de forma inteligente. A fórmula infalível para eficiência está no trabalho conjunto da equipe com a comunidade, gestora de saúde e em a organização e o planejamento das ações. Com todos estes elementos a nosso favor é difícil que não se dê continuidade a um atendimento de excelência a nossa população no concernente a estas e as outras ações programáticas.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A população adstrita na minha unidade é de 2230 habitantes, dela um total de 252 (11,30% compreendida na faixa etária de 60 anos a mais) estavam previstos para participarem da intervenção.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta: 1.1. Ampliar a cobertura de atenção à saúde da pessoa idosa da área da UBS acolhendo 100% da população cadastrada.

No transcurso da intervenção conseguimos avaliar 252 idosos (100%) da população alvo. A evolução desse indicador foi a seguinte: No 1º mês o percentual foi de 32,5% (n=82) idosos; no 2º mês foi de 71,4% (n= 180) idosos e no 3º mês atingiu-se 100% o que correspondeu a um total de 252 pacientes (Figura 12).

Ao início da intervenção o comportamento deste indicador era de 34,12%.

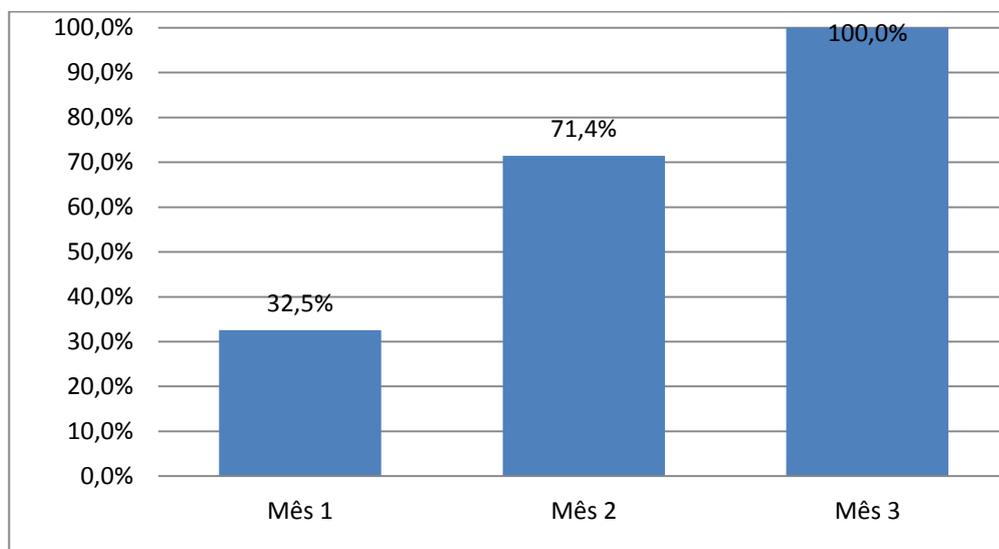


Figura 12: Gráfico da cobertura do programa de atenção à saúde da pessoa idosa na UBS.
Fonte: Planilha de coleta de dados

Como mostra o gráfico podemos ver que o comportamento deste indicador foi favorável ao longo de toda a intervenção; toda a população compreendida na faixa etária de 60 anos a mais de nossa área de abrangência foi acolhida em nossa unidade, fazendo com que conseguíssemos atingir 100% da meta proposta.

As ações que facilitaram no aumento da cobertura do Programa de Atenção à Saúde dos idosos foram o cadastramento dos pacientes idosos presentes na área de abrangência e a preparação e capacitação da equipe para desenvolver esta ação, com destaque das ACS.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção à pessoa idosa na UBS.

Meta 2.1. Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% das pessoas idosas da área da UBS. (utilizar como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde).

Na análise dessa meta nota-se um comportamento favorável desde o início da intervenção até o final, pois uma vez que o usuário foi cadastrado a equipe encarregou-se de garantir seu atendimento, tanto na unidade quanto na visita domiciliar. Assim alcançamos a meta de 100% em todos os meses.

Um adequado planejamento das ações, e capacitação da equipe contribuiu ao bom comportamento deste indicador.

No primeiro mês chegamos a 82 usuários (100%), no segundo mês alcançamos 180 usuários (100%) e no terceiro mês conseguimos atingir 252 (100%) usuários.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas idosas.

Este indicador mostra um comportamento favorável desde o início da intervenção. A qualificação da equipe e organização do trabalho contribuiu para a obtenção destes resultados, na medida em que o paciente realizava a consulta, seja no domicílio, seja na UBS se realizava exame clínico completo e com qualidade segundo o que se estabelece o Caderno de Atenção Básica. O conhecimento por parte dos membros da equipe de suas atribuições foi um fator determinante para alcançar estes resultados.

No primeiro mês chegamos a 82 usuários (100%), no segundo mês alcançamos 180 usuários (100%) e no terceiro mês conseguimos atingir 252 (100%) usuários.

Meta 2.3. Rastrear 100% das pessoas idosas para Hipertensão Arterial Sistêmica.

Todas as pessoas foram rastreadas para HAS fato que se demonstra na evolução favorável deste indicador ao longo da intervenção durante os três meses. A organização no trabalho, o adequado fornecimento dos instrumentos precisos para a tomada de pressão arterial e a qualificação da prática clínica da equipe asseguraram os bons resultados.

No primeiro mês chegamos a 82 usuários (100%), no segundo mês alcançamos 180 usuários (100%) e no terceiro mês conseguimos atingir 252 (100%) usuários.

Meta 2.4. Rastrear 100% das pessoas idosas para Diabetes Mellitus (DM).

O rastreamento de pessoas idosas para Diabetes Mellitus foi realizado com grande destreza por parte dos funcionários a quem correspondia a execução deste proceder. As atividades correspondentes a essa meta foram desempenhadas com maestria pelo técnico em enfermagem e a facilitação de glicômetros e fitas reativa fornecida pela secretaria de saúde, assim como o conhecimento das atribuições por cada membro da equipe foram fatores que influenciaram nos resultados obtidos.

No primeiro mês chegamos a 82 usuários (100%), no segundo mês alcançamos 180 usuários (100%) e no terceiro mês conseguimos atingir 252 (100%) usuários.

Meta 2.5. Realizar exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para idosos com diabetes.

O bom desempenho do enfermeiro e médico, a capacitação da equipe, o fornecimento de instrumento para explorar a sensibilidade dos pés (monofilamento Semmes-Weinstein de 10 g (5,07)) e a organização do trabalho contribuíram para a evolução favorável deste indicador desde o início do primeiro mês até o final da intervenção.

No primeiro mês chegamos a 19 usuários (100%), no segundo mês alcançamos 35 usuários (100%) e no terceiro mês conseguimos atingir 46 (100%) usuários.

Meta 2.6. Solicitar exames complementares periódicos para 100% das pessoas idosas.

A todos os pacientes idosos que não tinham em dia a realização dos exames complementares foram solicitados. Todos os membros da equipe foram partícipes e responsáveis pelos resultados alcançados, mas as ACS tiveram o protagonismo na realização desta ação.

No primeiro mês chegamos a 82 usuários (100%), no segundo mês alcançamos 180 usuários (100%) e no terceiro mês conseguimos atingir 252 (100%) usuários.

Meta 2.7. Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% das pessoas idosas.

O resultado deste indicador mostra que existe uma proporção majoritária de pacientes que adquirem seus medicamentos na farmácia popular. O comportamento nos três meses da intervenção foi quase o mesmo, identificamos um grupo seletivo de pacientes que recebem atenção na rede hospitalar ou consultórios privados e que adquirem seus medicamentos nas farmácias privadas já que a farmácia popular não dispõe deles. O restante corresponde aos idosos saudáveis e outros poucos que optam pela medicina alternativa ou outras técnicas de medicina tradicional para controlar suas doenças.

No primeiro mês chegamos a 60 usuários (73,2%), no segundo mês alcançamos 136 usuários (75,6%) e no terceiro mês conseguimos atingir 182 (72,2%) usuários (Figura 13).

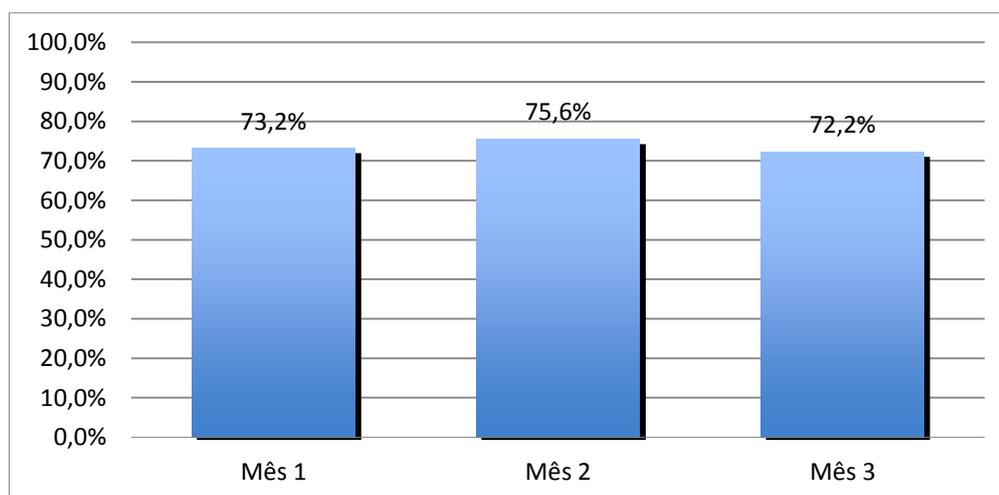


Figura 13: Gráfico da proporção de pessoas idosas com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Fonte: Planilha de coleta de dados

Meta 2.8. Cadastrar 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

Com o trabalho realizado fundamentalmente pelas ACS, se cadastrou os 100% dos usuários alvo acamados ou com problemas de locomoção ao final da intervenção. O engajamento público atingido ao longo da intervenção, a participação dos líderes comunitários e a capacitação da equipe foram elementos que facilitaram o comportamento deste indicador.

No primeiro mês chegamos a 07 usuários (43,8%), no segundo mês alcançamos 22 usuários (100%) e no terceiro mês conseguimos atingir 28 (100%) usuários (Figura 14).

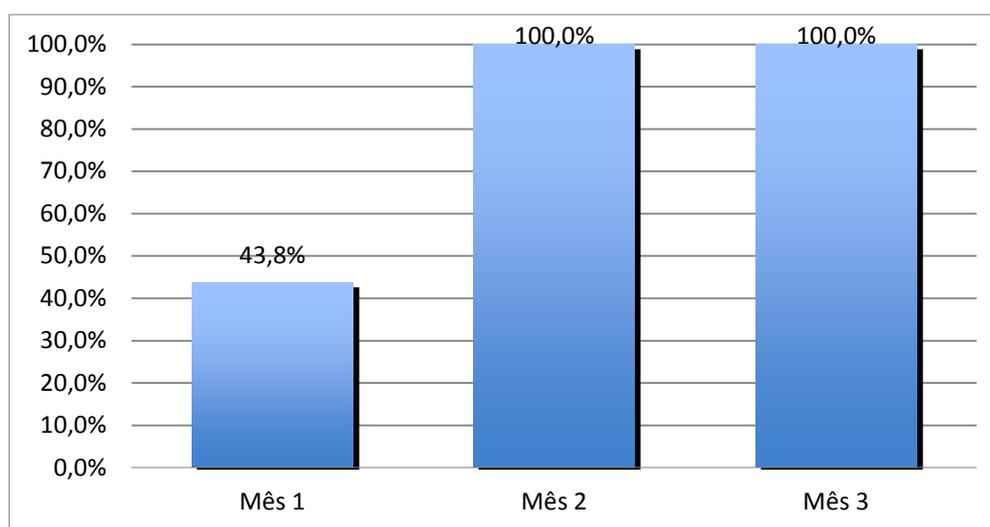


Figura 14: Gráfico da proporção de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção cadastrados.

Fonte: Planilha de coleta de dados

Meta 2.9. Realizar visita domiciliar a 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

Esta ação se manteve ao longo de toda a intervenção. A integração da equipe, o trabalho planejado, organizado, o apoio dos profissionais do SUS e o ótimo engajamento público, asseguraram o resultado obtido neste indicador.

No primeiro mês chegamos a 07 usuários (100%), no segundo mês alcançamos 22 usuários (100%) e no terceiro mês conseguimos atingir 28 (100%) usuários.

Meta 2.10. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas idosas.

Este indicador evoluiu positivamente ao longo de toda a intervenção. A capacitação da equipe, o trabalho integrado, com destaque para a dentista e sua auxiliar foram elementos indispensáveis para alcançar o resultado que mostra este indicador.

No primeiro mês chegamos a 82 usuários (100%), no segundo mês alcançamos 180 usuários (100%) e no terceiro mês conseguimos atingir 252 (100%) usuários.

Meta 2.11. Realizar a primeira consulta odontológica para 100% das pessoas idosas.

Este indicador evoluiu satisfatoriamente, mas não como desejado. Infelizmente um total de 6 idosos não realizaram sua primeira consulta odontológica, isto ocorreu porque alguns pacientes negaram a realização nessa primeira consulta.

No primeiro mês chegamos a 70 usuários (85,4%), no segundo mês alcançamos 163 usuários (90,6%) e no terceiro mês conseguimos atingir 246 (97,6%) usuários (Figura 15).

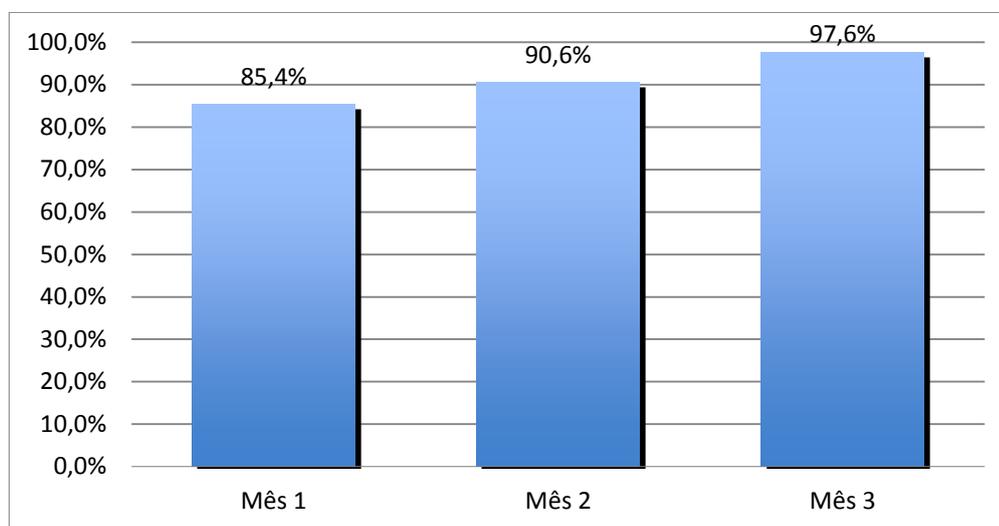


Figura 15: Gráfico da proporção de pessoas idosas com primeira consulta odontológica programática.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados

Meta 2.12. Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% das pessoas idosas cadastradas.

Realizou-se avaliação da mucosa oral de todos os pacientes cadastrados no programa. Em três pacientes foram detectadas lesões suspeitas de câncer, estes se encaminharam oportunamente para outros níveis de atenção com tecnologia mais

avançadas para um melhor estudo e tratamento. A capacitação da equipe foi um aspecto determinante na obtenção do resultado que mostra este indicador.

No primeiro mês chegamos a 82 usuários (100%), no segundo mês alcançamos 180 usuários (100%) e no terceiro mês conseguimos atingir 252 (100%) usuários.

Meta 2.13. Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% das pessoas idosas cadastradas.

Como mostra o indicador, em todos os pacientes cadastrados no programa foi avaliada a necessidade de próteses dentária. A demanda é muita e os recursos são poucos, mas se estabeleceu um sistema de prioridades para garantir a próteses àqueles idosos mais necessitados. A gestora de saúde está realizando grandes esforços para ampliar este serviço e estamos à espera.

No primeiro mês chegamos a 82 usuários (100%), no segundo mês alcançamos 180 usuários (100%) e no terceiro mês conseguimos atingir 252 (100%) usuários.

Objetivo 03: Melhorar a adesão das pessoas idosas ao Programa de Saúde do Idoso.

Meta 3.1: Buscar 100% das pessoas idosas faltosas às consultas programadas.

Todas as pessoas faltosas a consulta receberam busca ativa. Nesta atividade de grande ajuda resultou na participação da comunidade e foi apreciável o papel desempenhado pelas ACS.

No primeiro mês chegamos a 18 usuários faltosos e buscados pela UBS (100%), no segundo mês alcançamos 37 usuários (100%) e no terceiro mês conseguimos atingir 38 (100%) usuários.

Objetivo 04: Melhorar o registro das informações.

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

Os dados da avaliação clínica aos 100% dos pacientes cadastrados foram registrados meticulosamente. Esta ação foi desenvolvida por toda a equipe com qualidade, com certeza a capacitação, a especificidade quanto às atribuições dos

membros e o trabalho em equipe foram pontos importantes para obter os resultados que mostra este indicador nos três meses da intervenção.

No primeiro mês chegamos a 82 usuários (100%), no segundo mês alcançamos 180 usuários (100%) e no terceiro mês conseguimos atingir 252 (100%) usuários.

Meta 4.2. Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% das pessoas idosas cadastradas.

Ao longo da intervenção este indicador evoluiu com lentidão, praticamente no último mês da intervenção foi que teve um avanço substancial para culminar com os 100%. A carência deste valioso instrumento, a caderneta de saúde da pessoa idosa dificultou sua distribuição. No último mês a equipe desenvolveu uma ofensiva onde a organização e eficiência foram elementos chaves para concluir com sucesso.

No primeiro mês chegamos a 35 usuários (42,7%), no segundo mês alcançamos 115 usuários (63,9%) e no terceiro mês conseguimos atingir 252 (100%) usuários (Figura 16).

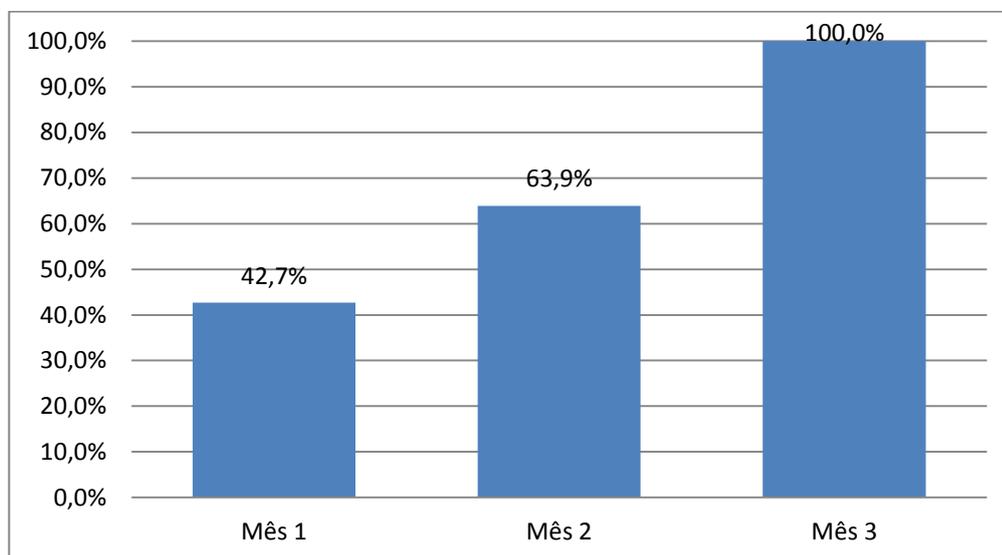


Figura 16: Gráfico da proporção de pessoas idosas cadastradas no programa com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Fonte: Planilha de coleta de dados

Objetivo 05: Mapear o risco das pessoas idosas

Metas 5.1. Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade (incluindo o risco cardiovascular quando necessário).

Determinou-se o risco de todos os idosos cadastrados, identificando-se os pacientes mais vulneráveis e facilitando sua estratificação. Isto facilitou traçar estratégias focadas no restabelecimento em alguns casos e a prevenção em outros, assim como trabalhar com os pacientes de forma individual e coletiva. Foi de importância crucial a qualificação da prática clínica da equipe e o planejamento e organização do trabalho.

No primeiro mês chegamos a 82 usuários (100%), no segundo mês alcançamos 180 usuários (100%) e no terceiro mês conseguimos atingir 252 (100%) usuários.

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

Este indicador teve um comportamento estável e evoluiu satisfatoriamente ao longo de toda a intervenção. Foi explorada em 100% dos idosos a presença de sinais de fragilização na velhice. Identificar e acompanhar pessoas idosas frágeis ou em processo de fragilização no momento oportuno pode ajudar na recuperação, o que pode retardar a aparição de limitações parciais ou permanentes destes pacientes. A capacitação, a organização e o conhecimento das atribuições dos membros da equipe contribuíram para o comportamento deste indicador.

No primeiro mês chegamos a 82 usuários (100%), no segundo mês alcançamos 180 usuários (100%) e no terceiro mês conseguimos atingir 252 (100%) usuários.

Meta 5.3. Avaliar a rede social de 100% das pessoas idosas.

Como mostra o indicador, se avaliou a rede social dos 100% de pessoas idosas cadastradas. A avaliação deste aspecto é de importância crucial já que permite descobrir potencialidades e trabalhar a vulnerabilidade. Para realizar esta avaliação foi determinante o nível de engajamento público da equipe com a população, a adequada capacitação da equipe, a participação comunitária e a intersectoralidade. Baseado na avaliação feita traçou-se estratégias focadas á inclusão dos idosos no todos os aspectos da vida social.

No primeiro mês chegamos a 82 usuários (100%), no segundo mês alcançamos 180 usuários (100%) e no terceiro mês conseguimos atingir 252 (100%) usuários.

Objetivo 06: Promover a saúde das pessoas idosas

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

Todos os participantes do projeto foram visitados, desenvolver esta ação significou encontrar o espaço adequado para instruir aos idosos sobre orientações gerais relacionadas à alimentação da pessoa idosa, em especial nas situações de doenças crônicas como diabetes, hipertensão, obesidade e hipercolesterolemia possibilitando negociar mudanças de hábitos gradual e continuamente. Foi de grande apoio o suporte dado pela nutricionista do NASF e com ela desenvolveu-se planejamento da ação conjunta atendendo as características individuais de cada paciente. A equipe foi capacitada para dar orientação nutricional em geral e sobre o uso dos rótulos e da informação nutricional que eles aportam, fato que sem dúvida propiciou o bom comportamento deste indicador ao longo dos 03 meses.

No primeiro mês chegamos a 82 usuários (100%), no segundo mês alcançamos 180 usuários (100%) e no terceiro mês conseguimos atingir 252 (100%) usuários.

Meta 6.2 Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% das pessoas idosas.

Todos os pacientes da população alvo foram visitados, fato que permitiu promover a prática regular de atividade física para alcançar estilos de vida saudáveis e ativos. Os idosos familiares e cuidadores receberam orientação sobre os benefícios da prática corporal/atividade física para a saúde. A terapeuta ocupacional e a professora de atividade física tiveram uma repercussão positiva no resultado deste indicador.

No primeiro mês chegamos a 82 usuários (100%), no segundo mês alcançamos 180 usuários (100%) e no terceiro mês conseguimos atingir 252 (100%) usuários.

Meta 6.3 Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% das pessoas idosas cadastradas.

O indicador mostra que a totalidade dos pacientes que participaram do projeto foram visitados, fato de incalculável importância se levarmos em conta que a intensidade das doenças bucais, o estado de conservação dos dentes e a prevalência de edentulismo são reflexos da condição de vida dos pacientes idosos

com forte componente social. A equipe de saúde comandada e capacitada pela dentista desenvolveu ações de promoção de saúde bucal em idosos que buscam garantir o bem-estar, a melhoria da qualidade de vida e da autoestima, melhorando a mastigação, estética e possibilidade de comunicação. O bom engajamento público, a capacitação da equipe foram fatores determinantes no resultado ao longo da intervenção.

No primeiro mês chegamos a 82 usuários (100%), no segundo mês alcançamos 180 usuários (100%) e no terceiro mês conseguimos atingir 252 (100%) usuários.

4.2 Discussão

Este trabalho permitiu ampliar a cobertura a população alvo, acrescentando os conhecimentos que tínhamos sobre o envelhecimento, a velhice e o significado da qualidade de vida para os idosos. Também, reflete e aponta para a necessidade de uma maior valorização da sociedade e, principalmente do poder público, em dar atenção no atendimento à pessoa idosa, além do suporte financeiro para os programas destinados a essa faixa etária.

Propiciou a melhoria dos registros e a qualificação da atenção, foi feita mudanças na rotina de atendimento, o que garantiu uma melhora na qualidade do mesmo. Conseguimos maior disponibilidade de cotas para a realização de exames complementares, bem como se elevou o número de vagas para interconsultas de pacientes a outras especialidades. Os medicamentos de maior consumo por parte desta população estão disponíveis de forma permanente na farmácia popular graças aos esforços realizados pela secretaria de saúde.

O maior salto de qualidade alcançado no projeto foi dado na área de odontologia que ampliou a cobertura deste serviço para a população alvo a níveis nunca antes alcançados, com atividades de prevenção e educação sobre a saúde bucal que propiciou melhoria dos hábitos de autocuidado e compreensão sobre necessidade de cuidados em saúde bucal. Os idosos compreenderam que é possível manter íntegros os dentes durante o envelhecimento e que para isso é necessário que a prevenção seja traduzida em atitudes e práticas durante toda a vida. De forma geral podemos dizer que para o serviço significou uma maior eficiência em termos de organização com ótimo aproveitamento dos recursos

disponíveis, assim como um redirecionamento de nossas ações visadas a sua funcionalidade para produzir saúde e melhorar os indicadores.

Para a equipe de saúde a intervenção significou o estabelecimento de vínculos e laços de compromisso e corresponsabilidade entre os funcionários de saúde e a população, para uma produção de saúde com qualidade conforme os princípios do SUS, imprimindo uma nova dinâmica de atuação na UBS que facilitou o processo de trabalho. Constituiu experiência de aprendizado incalculável, onde a organização e capacitação foram uns dos pilares fundamentais que ajudou a percepção das principais demandas da população alvo. Fortaleceu-se o trabalho em equipe, fator determinante para alcançar os resultados obtidos. A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse e reviu as atribuições viabilizando sua eficiência.

A população participante, em geral, afirmou ter tido melhorias em alguns aspectos de sua qualidade. Eles afirmam que adquiriram novos conhecimentos, formaram novas amizades, convívio com pessoas, maior ânimo para sair de casa e sentem-se valorizados socialmente. Eles conheceram que existe um programa de saúde preconizado pelo SUS que garante seu atendimento, bem como as facilidades na UBS para acessar ao mesmo. Também, pela primeira vez se sentiram incluídos e partícipes ativos no melhoramento da sua saúde e do meio em que se desenvolvem. Suas opiniões foram tomadas em conta no aprimoramento do atendimento, tanto cuidadores, familiares e os mesmos idosos se apoderaram de conhecimentos referentes aos riscos e doenças mais frequentes nesta etapa da vida, sobre tudo relacionado com suas necessidades em saúde bucal, o que anteriormente não tomavam em conta, pois a maioria era do critério que ao carecer de peças dentárias não precisavam deste serviço.

Enfim, a população se sentiu atendida e os princípios do SUS de universalidade, equidade, integralidade fizeram sentido para ela já que compreendeu com suas próprias palavras e o experimentou na prática, vendo-os fazer parte de sua realidade no dia a dia.

O impacto da intervenção para a comunidade já está sendo sentido. Os idosos se preocupam mais por sua saúde de um modo integral e a grande maioria pratica atividade física regularmente e tem uma alimentação saudável, são conscientes que prevenir é melhor do que tratar, assistem as atividades grupais com muito entusiasmo e assistem às consultas com regularidade.

Para concluir podemos dizer que a comunidade na atualidade conta com um atendimento qualificado, organizado, baseado na sua realidade e em contínuo aprimoramento, cujo objeto essencial é garantir a saúde focada num futuro promissor e uma velhice digna e plena.

Caso fosse iniciar a intervenção neste momento, a única coisa que faria diferente seria acrescentar às atividades educativas a população de uma forma dinâmica e motivante, consciente de que esta é instrumento metodológico essencial para promover mudanças e que a educação em saúde como prática na qual existe a participação ativa da comunidade proporciona informação, educação sanitária e aperfeiçoa as atitudes indispensáveis para a vida.

Deve ainda ser dito que todas as ações do início da intervenção hoje estão inseridas em nosso trabalho e fazem parte de nossa realidade e cotidianidade. Diante do impacto dessa intervenção esperamos que seja estendida a outros idosos de outras realidades. Também nos sentimos incentivados a partir do impacto que teve sobre a população alvo a implementar intervenção em outras ações programáticas desenvolvidas na UBS, pois isso dará continuidade a nosso trabalho focado no aprimoramento do serviço em nossa unidade.

5 Relatório da intervenção para gestores

Ilmo. Sr. Gestor municipal de saúde

Conforme foi do vosso conhecimento nós realizamos uma intervenção em atenção à saúde do idoso na UBS Marta Maria de Araújo ao longo de 12 semanas.

Antes dessa intervenção a ação programática Atenção à Saúde do Idoso funcionava com baixa cobertura e atendimentos, com falta de integralidade e acompanhamento adequado.

Elaboramos um cronograma de atividades que representava o conjunto de ações pactuadas, conforme preconiza o Ministério da Saúde e mesmo com algumas dificuldades ao final atingimos os objetivos e metas propostas com ótimos resultados, os quais podem ser resumidos em:

- Ampliação da cobertura de atendimento ao idoso para 100% (antes da intervenção era de 34,12%).
- Melhoria notável na área de odontologia que ampliou a cobertura deste serviço para a população alvo a níveis nunca antes alcançados (97,6%).
- Rastreamento para hipertensão e diabetes em 100% da população alvo.
- Atendimento domiciliar para 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.
- Melhoria dos registros e a qualificação da atenção.
- Equipe de saúde organizada e capacitada para produzir saúde com qualidade em concordância com os princípios e diretrizes do SUS.
- As ações desenvolvidas foram incorporadas à rotina de trabalho da UBS.

De forma geral, podemos dizer que a intervenção significou uma maior eficiência em termos de organização com ótimo aproveitamento dos recursos

disponíveis, assim como um redirecionamento de nossas ações visando a sua funcionalidade para produzir saúde e melhorar os indicadores.

Promovemos a capacitação dos funcionários da saúde baseadas nos protocolos estabelecidos na Atenção Primária à Saúde (APS) e promovemos mudanças na política de atendimento que garantiram uma melhora na qualidade dos pacientes.

Foi substancial para o bom desenvolvimento da intervenção o apoio recebido da gestão de saúde, com o fornecimento de insumos e algumas permissões para que o trabalho fosse desenvolvido.

Dentre as dificuldades que tivemos e que poderia ter proporcionado melhores resultados se a gestão desse um suporte a mais se destacam:

- Déficit de cadernetas de saúde da pessoa idosa;
- Dificuldade no fornecimento das fichas espelho;
- Vagas insuficientes para a realização dos exames complementares;
- Cota insuficiente para solucionar a alta demanda de elaboração de próteses dentária.

Acreditamos que com o apoio da gestão para continuidade da proposta conseguiremos dar continuidade a ação programática, conforme ela é prevista e estender a outras UBS do município, além de expandir para outras áreas programáticas.

Por fim, agradecemos pelo apoio que recebemos o qual foi determinante para atingir os resultados alcançados e nos colocamos à disposição para maiores esclarecimentos a respeito da ação programática.

Atenciosamente, equipe da UBS Marta Maria de Araújo.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezada comunidade,

Vimos por meio de esse relatório esclarecer a cerca do processo de intervenção que foi realizado na atenção à saúde do idoso de nossa comunidade e, conseqüentemente, atendidos aqui na nossa UBS. Pois bem, a intervenção ocorreu ao longo de 12 semanas seguidas e ao final desse processo podemos dizer a todos que conseguimos grandes avanços, como:

- Progresso em termos de aprendizagem em saúde da população de idosos da área.

- Ampliamos a cobertura de assistência aos idosos;

- Melhoria dos registros;

- Acolhimento humanizado, integral e resolutiva;

- Melhoria na qualidade do atendimento;

- Equipe qualificada mais eficiente e organizada;

- Disponibilidade de maior quantidade de cotas para a realização de exames complementares;

- Disponibilidade de maior número de vagas para interconsultas com especialistas nos diferentes níveis de atenção;

- Disponibilidade na farmácia popular dos medicamentos mais consumidos;

- Atendimento odontológico qualificado;

- Facilidades na UBS para acessar aos serviços;

- Facilidades para assistência domiciliar, quando necessário.

Por fim, queremos que todos saibam que essas ações desenvolvidas já estão inseridas na rotina da unidade e que daremos prioridade às atividades educativas com a expectativa de ampla participação da comunidade.

A nossa percepção foi que muitos afirmaram terem tido melhorias nos aspectos relacionados ao cuidado. Algumas pessoas da comunidade alegaram que a intervenção propiciou a aquisição de novos conhecimentos, novas amizades, convívio com pessoas, maior ânimo para sair de casa e sentem-se valorizados socialmente. Também propiciou que fosse conhecido que existia um programa de saúde preconizado pelo SUS. Ainda, que pela primeira vez se sentiram incluídos e partícipes ativos no melhoramento da sua saúde.

Aproveitamos essa oportunidade para reforçar a necessidade de alimentarmos essa aliança entre equipe e comunidade, pois assim poderemos produzir e lutar por uma saúde de maior qualidade.

Atenciosamente, equipe da UBS Marta Maria de Araújo.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

O curso significou uma grande experiência de vida e de aprendizado que gerou em mim uma profunda transformação tanto como pessoa quanto como profissional. Para chegar até aqui foi necessário superar vários desafios, entre eles a barreira do idioma, mas isto não impediu que me apropriasse das ferramentas que foram oferecidas a mim para tentar transformar a realidade e contribuir com a implementação da intervenção ao fortalecimento do SUS na APS.

No trajeto percorrido fui apropriando-me de novas experiências e saberes através das diferentes atividades que tive que desenvolver, entre elas: os testes de qualificação cognitiva, a solução dos casos da prática clínica, ao mesmo tempo em que eu aplicava na prática os novos conhecimentos adquiridos e aperfeiçoava a língua portuguesa. O curso exigiu de mim uma capacitação permanente, pois devia conhecer a política de saúde de Brasil e tudo relacionado com a ação programática que estava desenvolvendo, para estar de acordo com as mudanças que estavam sendo produzida. Também foi ofertado a metodologia para a implementação e otimização das diferentes ações e para a organização do trabalho de forma eficiente, dinâmica, produtiva e com resolutividade. Promoveu-se o estabelecimento de vínculos e estreitamento de laços de compromisso e corresponsabilidade com a comunidade aprofundando nos conhecimentos sobre a mesma, e propiciou a troca de experiências.

Por fim, o curso propiciou-me a oportunidade de trabalhar em equipe e de fazer novas amizades que perdurarão para sempre, inclusive com outros colegas que conheci através dos fóruns. Enfim foi uma experiência enriquecedora que entrei pensando transformar, mas não levei em consideração que eu também sairia transformada. Graças a Deus e graças ao Brasil por oferecer-me esta oportunidade.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192p.

IBGE. **Censo demográfico 2010**. Brasil, 2010. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=240010>>. Acesso em: 10 mar. 2016.

ACARI. Plano Municipal de Saúde 2014 – 2017. Acari/RN. Dezembro/2013.

Apêndices

Apêndice A – Ficha de acompanhamento em saúde bucal

Ficha de acompanhamento em saúde	Sim	Não
Consulta periodicamente o dentista?		
Uso da mesma prótese dentário há mais de cinco anos?		
Ausência parcial ou total dos dentes?		
Limitou seus contatos com outras pessoas devido as condições de seus dentes ou próteses?		
Diminuição da quantidade de alimentos ou mudanças no tipo de alimentação por causa dos dentes?		
Problemas de mastigação?		
Sensibilidade exagerada a alimentos ou líquidos nos dentes ou gengiva?		
Boca seca?		
Feridas ou lesões dentro da boca ou lábios?		
Sangramento gengival?		
Dificuldade ao se alimentar, tanto na mastigação como para engolir?		
Queixa de dor ou desconforto?		

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

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Assinatura do declarante