

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS - UFPEL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL – TURMA 04
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS**

**QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO NA UNIDADE BASICA
DE SAÚDE SÃO JOSÉ, PARNAÍBA/PI**

PÁDUA ANTÔNIO COÊLHO SANTOS

PELOTAS – RS, 2014



**Departamento de
Medicina Social**
Universidade Federal de Pelotas



**Especialização em
Saúde da Família**



Ministério da
Saúde



PÁDUA ANTÔNIO COÊLHO SANTOS

**QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO NA UNIDADE BASICA
DE SAÚDE SÃO JOSÉ, PARNAÍBA/PI**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade à Distância – UFPel/UNASUS, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Mariana Cristina Moraes Xavier Duarte

PELOTAS – RS, 2014



**Departamento de
Medicina Social**
Universidade Federal de Pelotas



Ministério da
Saúde



Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

S237q Santos, Pádua Antônio Coêlho dos

Qualificação da atenção à saúde do idoso na Unidade Básica de Saúde São José, Parnaíba - Pli / Pádua Antônio Coêlho dos Santos ; Mariana Cristina Moraes Xavier Duarte, orientadora. — Pelotas, 2014.

99 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2014.

1. Saúde da família. 2. Atenção primária à saúde. 3. Saúde do idoso. 4. Saúde bucal. 5. Assistência domiciliar. I. Duarte, Mariana Cristina Moraes Xavier, orient. II. Título.

CDD : 362.14

Elaborada por Elionara Giovana Rech CRB: 10/1693

DEDICATÓRIA

A todos os profissionais de minha USF pelo companheirismo neste ano,
minha orientadora Mariana pelo apoio constante e ao valoroso povo da minha
Parnaíba.



**Departamento de
Medicina Social**
Universidade Federal de Pelotas



Especialização em
Saúde da Família



Ministério da
Saúde



Lista de figuras

- Figura 1.** Gráfico da cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde, na Unidade Básica de Saúde São José, Parnaíba-PI-----53.
- Figura 2.** Gráfico da proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados, na Unidade Básica de Saúde São José, Parnaíba-PI-----54.
- Figura 3.** Gráfico da proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar, na Unidade Básica de Saúde São José, Parnaíba-PI-----55.
- Figura 4.** Gráfico da proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta, na Unidade Básica de Saúde São José, Parnaíba-PI-----56.
- Figura 5.** Gráfico da proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes, na Unidade Básica de Saúde São José, Parnaíba-PI----- 58.
- Figura 6.** Gráfico da proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática, na Unidade Básica de Saúde São José, Parnaíba-PI-----59.
- Figura 7.** Gráfico da proporção de idosos acamados ou com dificuldade de locomoção que receberam visita domiciliar odontológica, na Unidade Básica de Saúde São José, Parnaíba-PI-----60.
- Figura 8.** Gráfico da proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa, na Unidade Básica de Saúde São José, Parnaíba-PI----- 62.
- Figura 9.** Gráfico da proporção de idosos com avaliação multidimensional rápida em dia, na Unidade Básica de Saúde São José, Parnaíba-PI----- 63.
- Figura 10.** Gráfico da proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia, na Unidade Básica de Saúde São José, Parnaíba-PI----- 64.
- Figura 11.** Gráfico da proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia, na Unidade Básica

de Saúde São José, Parnaíba-PI-----
----- 66.

Figura 12. Gráfico da proporção de idosos com acesso aos medicamentos prescritos. EAD UFPEL, 2013.----- 67.

Figura 13. Gráfico da proporção de idosos com tratamento odontológico concluído, na Unidade Básica de Saúde São José, Parnaíba-PI----- 68.

Figura 14. Gráfico da proporção de idosos com avaliação das alterações de mucosa bucal em dia, na Unidade Básica de Saúde São José, Parnaíba-PI----- 69.

Figura 15. Gráfico da proporção de idosos com avaliação da necessidade de prótese bucal em dia, na Unidade Básica de Saúde São José, Parnaíba-PI----- 70.

Figura 16. Gráfico da proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia, na Unidade Básica de Saúde São José, Parnaíba-PI----- 71.

Figura 17. Gráfico da proporção de idosos com caderneta de saúde da pessoa idosa, na Unidade Básica de Saúde São José, Parnaíba-PI----- 72.

Figura 18. Gráfico da proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia, na Unidade Básica de Saúde São José, Parnaíba-PI----- 73.

Figura 19. Gráfico da proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia, na Unidade Básica de Saúde São José, Parnaíba-PI-----74.

Figura 20. Gráfico da proporção de idosos com avaliação de rede social em dia, na Unidade Básica de Saúde São José, Parnaíba-PI-----75.

Figura 21. Gráfico da proporção de idosos com avaliação de risco em saúde bucal em dia, na Unidade Básica de Saúde São José, Parnaíba-PI-----76.

Figura 22. Gráfico da proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis, na Unidade Básica de Saúde São José, Parnaíba-PI----- 77.

Figura 23. Gráfico da proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular, na Unidade Básica de Saúde São José, Parnaíba-PI-----78.

Figura 24. Gráfico da proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia, na Unidade Básica de Saúde São José, Parnaíba-PI-----79.

Figura 25. Gráfico da proporção de idosos com participação em ações coletivas de educação em saúde bucal, na Unidade Básica de Saúde São José, Parnaíba-PI-----80.

Lista de Siglas e Abreviaturas

AVA	Ambiente virtual de aprendizagem
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Droga
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
CES	Centro de Especialidades em Saúde
DM	Diabetes Mellitus
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Programa de hipertensão e diabetes
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
Mmhg	Milímetros de mercúrio
NASF	Núcleo de Apoio ao Programa de Saúde da Família
PMAq	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PROVAB	Programa de valorização da assistência básica
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel e Urgência
SIAB	Serviço de Informação da Assistência Básica
SUS	Sistema único de Saúde
USF	Unidade básica de saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
UPAS	Unidade de Pronto Atendimento.

Sumário

1 ANÁLISE SITUACIONAL	9
1.1 Situação da Estratégia Saúde da Família/Atenção Primária à Saúde.....	9
1.2 Relatório da análise situacional.....	12
1.3 Comentário comparativo sobre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	21
2 ANÁLISE ESTRATÉGICA	23
2.1 Justificativa	23
2.2. Objetivos e Metas	24
2.3 Metodologia.....	26
3. RELATÓRIO DE INTERVENÇÃO.....	44
3.1 Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas	44
3.2 Ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas	47
3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção	49
3.4. Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço	49
4 AVALIAÇÃO DE INTERVENÇÃO	51
4.1 Resultados	51
4.2. Discussão.....	81
4.3 Relatório da intervenção para gestores.....	86
4.4 Relatório de intervenção para a comunidade.....	88
5. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O PROCESSO PESSOAL DE APRENDIZAGEM	91
REFERÊNCIAS.....	92
ANEXOS.....	93

Resumo

SANTOS, Pádua Antônio Coêlho; **QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE SÃO JOSÉ, PARNAÍBA/PI.** 2013, f 102. Trabalho de Conclusão de Curso – Especialização em Saúde da Família. UNASUS - Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

A Unidade de Saúde da Família São José situada município de Parnaíba no Estado do Piauí, apresenta diversas carências e, entre elas, o desenvolvimento dos programas de saúde específicos para os usuários idosos. Após realizar uma análise situacional extensa, assim como avaliação da estrutura arquitetônica e organizacional foi estabelecido como objetivo principal da intervenção, qualificar o programa de saúde do idoso de acordo com o caderno de atenção à saúde do idoso publicado pelo Ministério da Saúde de 2010. Foram traçadas metas de acordo com cada objetivo específico. A metodologia utilizada abrangeu quatro eixos: Organização e Gestão do Serviço, Monitoramento e Avaliação, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica. Foram realizadas consultas diárias com 27,9% dos usuários idosos cadastrados previamente; avaliação clínica com todos os idosos atendidos, utilizando questionários específicos; solicitados exames e feitas medidas antropométricas, glicêmicas e da pressão arterial no próprio posto com todos os atendidos pela equipe. Os dados eram anotados em ficha espelho e posteriormente repassados para uma planilha eletrônica de coleta de dados. Foi estabelecida uma rotina de atividades na unidade de saúde, sendo todo o trabalho supervisionado mensalmente por um coordenador ligado ao Ministério da Saúde. Foram acompanhados 190 usuários idosos por três meses. Os dados observados após este período foram: do total de 682 idosos da área, segundo mapeamento prévio a intervenção, foram atendidos 190 (27,9%). Espera-se que o gestor municipal construa nova USF com infraestrutura adequada, instale a equipe de saúde bucal no mesmo prédio e que toda equipe junta melhore as ações de engajamento social, acolhimento, educação permanente e amplie a estratégia de saúde para outros grupos prioritários.

Palavras-Chaves: Atenção Básica à Saúde. Saúde da Família. Trabalho de Intervenção. Qualificação da atenção à saúde do idoso.



Apresentação

Este trabalho foi realizado no município de Parnaíba-PI, e constitui-se como produto final das atividades do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade à distância, através da Universidade Aberta do SUS-UNASUS em parceria com a Universidade Federal de Pelotas. Durante a sua realização, foi idealizado um projeto de intervenção que teve como objetivo principal implantar o Programa de Saúde do Idoso na Unidade Básica de Saúde São José. Esse Trabalho de Conclusão de Curso está composto pela análise situacional, em que se observou a situação da unidade; um projeto de intervenção, para a implantação do programa de atenção ao idoso; um relatório de intervenção; uma avaliação de intervenção; e por fim, uma reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem.



1 ANÁLISE SITUACIONAL

1.1 SITUAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA/ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A unidade de saúde do bairro São José está localizada em zona urbana, na Avenida Padre Castelo Branco, nº 1303, próximo a igreja do bairro São José, aproximadamente 5 km da secretaria municipal da saúde.

Em relação à ambiência e infraestrutura da USF, podemos citar que, a mesma está montada em prédio reformado, não atendendo adequadamente as instalações e divisões modernas. Possui: um consultório clínico com maca, mesa para consulta, armário, pia, ar condicionado; um consultório de enfermagem com maca, mesa para consulta, pia e ar condicionado; uma sala de vacinação; uma sala de curativos; uma sala para recepção e guarda de arquivos; uma farmácia básica; uma sala com equipamentos para esterilização e autoclave; e dois sanitários.

A USF não possui consultório odontológico. A odontóloga, juntamente com a equipe de saúde bucal atuam atendendo os pacientes da nossa área em outro posto aproximadamente 1km de distância, no bairro vizinho chamado James Clark. A sala de curativos é muito pequena, dificultando o atendimento, sobretudo, nos casos de urgência, pois a utilizamos também com este fim. Tanto a ventilação, acústica, como a luminosidade, não estão adequadas no posto. Não possuímos sala de reunião.

Em relação a insumos, equipamentos e materiais, falta na unidade: esfigmomanômetro pediátrico e neonatal, computador, impressora e internet, além de alguns medicamentos básicos. Apesar de termos um carro para transporte e visita no domicílio, este não é fixo do nosso posto. Estamos no momento sem negatoscópio e otoscópio.

Demais instrumentos como mesas, cadeiras de espera dos pacientes, materiais para sutura e pequenas cirurgias, assim como gel, sonar, fita métrica, balanças, seringas, agulhas, desinfetantes, anestésico, medicamentos úteis e necessários para atendimento na urgência, autoclave, luminária e aparelho

para nebulização, que faltavam no início de março, foram solicitados e prontamente providenciados pelo gestor.

Nossa USF trabalha com o modelo de saúde da família, sendo composta por um médico, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, onze agentes comunitários de saúde, uma odontóloga e uma técnica assistente bucal. Possui 1126 famílias cadastradas até o momento e não possui áreas descobertas. Não possui gerente ou coordenador, no entanto, é supervisionada por representantes ligados diretamente à secretaria municipal de saúde. Os atendimentos são realizados diariamente das 07h00min as 15h00min, de segunda a quinta.

São marcadas 25 consultas diárias para o médico, mais todas as urgências que surgirem. Às terças-feiras realizamos o atendimento domiciliar daqueles pacientes com dificuldade de locomoção ou gravemente debilitados. Às sextas, são realizadas reuniões com toda a equipe para avaliação e planejamento dos pontos positivos e negativos, trabalho este que já havia sendo adotado e coordenado pela enfermeira.

No início de nossas atividades, fizemos uma reunião com toda a equipe e decidimos que o atendimento médico neste primeiro momento seria por demanda espontânea, enquanto a enfermeira dividiu o atendimento de forma específica: HIPERDIA, puericultura, vacinação, pré-natal, exame preventivo e planejamento familiar. De forma que, todos os pacientes atendidos pela colega, também passem pelo consultório médico, não necessariamente no mesmo dia.

Com relação aos programas e ao sistema de informação da atenção básica- SIAB fizemos uma revisão dos casos, através de análise de prontuários e fichas, constatando que todas elas estão adequadamente sendo preenchidas e enviadas mensalmente.

Ainda sobre o processo de trabalho, destacamos que já está implantado em Parnaíba como mecanismo de apoio e enfrentamento dos problemas da população adscrita, os serviços do NASF (Núcleo de Apoio ao Programa de Saúde da Família); CES (Centro de Especialidades em Saúde) que conta com médicos e profissionais de várias especialidades como cardiologia, fonoaudiologia infectologia, neurologia, nutrição, ortopedia, otorrinolaringologia, pediatria, psicologia e urologia; CEO (Centro de Especialidade Odontológica); CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), sendo, um CAPS AD (Centro de

Atenção Psicossocial Álcool e Droga) e um CAPS que funciona como hospital dia; cinco hospitais: Nossa Senhora de Fátima, Marques Bastos, Santa Casa de Misericórdia, Santa Edwiges e o Hospital Estadual Dirceu Arcoverde. Uma farmácia básica municipal, que funciona diariamente nas dependências do prédio da prefeitura. Um pronto socorro municipal e diversas clínicas e laboratórios particulares. O município mantém o conselho municipal de saúde organizado e atuante. Segundo informações da secretaria municipal de saúde, está sendo construído um laboratório municipal e duas UPAS (Unidade de Pronto Atendimento).

Todos os pacientes que são atendidos e que necessitem ser referenciados, seguem inicialmente para o CES. Os exames solicitados são marcados no próprio posto e encaminhados para estes serviços hospitalares, pois todos os citados acima possuem vínculo com a secretaria de saúde. No momento passamos por algumas dificuldades em relação aos exames de eletrocardiografia e tomografia assim como reclamações da equipe de nosso posto sobre os atendimentos da equipe do NASF. Em relação ao NASF, este é formado por um psicólogo, dois fisioterapeutas, um educador físico e um assistente social, direcionados para nossa área, mas que também dão suporte para mais nove outras equipes. As informações giram em torno do pouco atendimento individualizado e ações coletivas por parte do núcleo.

Outra observação constatada em nossa última reunião foi a dificuldade do processo de contratransferência dos pacientes pelo Centro de Especialidades Médicas, no sentido da falta de relatórios médicos sobre procedimentos clínicos e cirúrgicos, processo este que dificulta o acompanhamento dos casos e a melhor propedêutica para os nossos pacientes. Ainda sobre o CES, reclamações surgem em decorrência de poucos atendimentos diários. Por fim, uma enorme carência recai sobre a assistência mental do nosso município, pois apenas dois psiquiatras compõem o serviço.

Em relação às atividades de educação permanente, neste mês de março participamos de três palestras e oficinas organizadas e ministradas pela secretaria municipal de saúde, realizadas no auditório da Universidade Federal do Piauí, com participação de representantes municipais, estaduais e do ministério da saúde sobre os temas: Rede cegonha, NASF, Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAq).

Neste mês de abril, deverá ser instituído o programa de saúde na escola, momento este que poderemos aproveitar e desenvolver atividades sobre a vacinação, avaliação peso e altura, palestras sobre doenças sexualmente transmissíveis e temas relacionados ao saneamento básico. Outra opção, já levantada em nossa unidade, foi o combate a dengue.

Apesar de não existirem casos detectados de tuberculose e hanseníase em nossa área, estes são também assuntos que podem ser abordados, assim como o acompanhamento dos pacientes com transtorno mental e prevenção das doenças da próstata. Após o início do projeto de intervenção, com o respectivo assunto a ser desenvolvido, acredito que outras atividades e possibilidades de educação surjam, aproximando cada vez mais a comunidade à USF.

O desenvolvimento das atividades está ocorrendo de forma agradável para boa parte dos pacientes. Há também uma relação amistosa entre os profissionais de nossa equipe, pois incentivamos sempre o acolhimento. Espero que dentro de pouco tempo, esta forma seja melhorada, na medida em que, vamos conhecendo a demanda e as reais necessidades de nossa comunidade, no sentido de agilizar e aperfeiçoar o trabalho, assim como acompanhar os casos mais graves e urgentes de perto.

1.2 RELATÓRIO DA ANÁLISE SITUACIONAL

O município de Parnaíba-PI conta com a seguinte rede de atenção primária: Agentes Comunitários de Saúde (ACS), quantidade existente 310, cobertura populacional atual: 85,2%; 37 equipes de Saúde da Família (ESF), cobertura populacional atual: 50%; 21 equipes de saúde bucal, cobertura populacional atual de 28,38%; 04 Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), cobertura populacional atual de 26,67%. Já está implantado, como mecanismo de apoio e enfrentamento dos problemas da população adstrita, os serviços do CES (centro de especialidades em saúde) que conta com médicos e profissionais de várias especialidades como cardiologia, fonoaudiologia infectologia, neurologia, nutrição, ortopedia, otorrinolaringologia, pediatria, psicologia e urologia; CEO (Centro de Especialidade Odontológica); CAPS

(Centro de Atenção Psicossocial) 01 CAPS AD e 1 CAPS que funciona como hospital dia; cinco hospitais: Nossa Senhora de Fátima, Marques Bastos, Santa Casa de Misericórdia, Santa Edwiges e o Hospital Estadual Dirceu Arcoverde; uma farmácia básica municipal, que funciona diariamente nas dependências do prédio da prefeitura; um pronto socorro municipal e diversas clínicas e laboratórios particulares. Possui ainda o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), que possui prédio próprio. O município mantém o conselho municipal de saúde organizado e atuante.

Nossa unidade de saúde pertence ao município de Parnaíba no Estado do Piauí, com aproximadamente 150.000 habitantes de acordo com dados mais recentes do IBGE e localiza-se no bairro São José. Está montada em zona urbana, na Avenida Padre Castelo Branco, nº 1303, próximo a igreja do bairro São José, aproximadamente 5 km da secretaria municipal da saúde. O município possui 37 Unidades Básicas de Saúde, onde todas estão funcionando normalmente, no entanto três ainda não possuem médicos. Todas elas desenvolvem a estratégia de saúde da família e comunidade, não existindo o modelo tradicional.

A Unidade Básica de Saúde (USF) trabalha com o modelo de saúde da família sendo composta por um médico, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, onze agentes comunitários de saúde, uma odontóloga e uma técnica assistente bucal, possuindo portanto apenas uma equipe. Possui 1126 famílias cadastradas até o momento e não possui áreas descobertas. Sobre o processo de trabalho, destacamos que já está implantado em Parnaíba como mecanismo de apoio e enfrentamento dos problemas da população adscrita, os serviços do NASF e CES que conta com médicos e profissionais de várias especialidades como cardiologia, fonoaudiologia infectologia, neurologia, nutrição, ortopedia, otorrinolaringologia, pediatria, psicologia e urologia. CEO, CAPS, sendo um CAPS AD e um CAPS que funciona como hospital dia. Cinco hospitais: Nossa Senhora de Fátima; Marques Bastos; Santa Casa de Misericórdia; Santa Edwiges e o Hospital Estadual Dirceu Arcoverde. Uma farmácia básica municipal, que funciona diariamente nas dependências do prédio da prefeitura. Um pronto socorro municipal e diversas clínicas e laboratórios particulares. Possui ainda o SAMU com prédio próprio. O município mantém o conselho municipal de saúde organizado e atuante.

Nossa Unidade está instalada em um prédio alugado pela prefeitura e realmente bem distante de proporcionar a acomodação e estrutura adequadas como observamos nos modelos atuais. Vários são os problemas encontrados como falta de expurgo e depósitos para lixo contaminado, realmente organizado, como prega a norma técnica brasileira para este fim. Também não possui sala para nebulização. Os pacientes, sobretudo as crianças com dificuldade respiratória, recebem nebulização no próprio corredor. Não há almoxarifado. As pastas com documentos e prontuários dos pacientes ficam acumuladas na pequena salinha da recepção. Também não existe sala de gerência. Não há sala de reuniões para realizar atividades de educação permanente. Estamos nos reunindo em uma pequena sala que seria o consultório odontológico. Este por sua vez, está montado em outro posto de saúde no bairro vizinho.

A sala de espera é bem pequena com acomodação para 10 pessoas no máximo, ficando os acompanhantes e demais pacientes aguardando em pé. Praticamente nenhum cômodo possui ventilação e iluminação naturais, com exceção da sala de espera. As paredes são rebocadas e pintadas, porém não possuem cerâmicas, o que torna difícil a higienização. Possuímos dois banheiros, sendo um para funcionário e outro para os usuários. Ambos não adaptados para deficientes físicos. Não há lavatórios.

Embora a unidade possua rampa de acesso, a locomoção dentro do prédio é ruim para cadeirantes, deficientes visuais e idosos. Desta forma está inadequada para atender os pacientes idosos e portadores de deficiência física. Outra barreira arquitetônica perceptível está relacionada aos corredores que são apertados com menos de 1,20 metro de largura. A sala de vacina possui menos de 6 metros quadrados, e menor ainda, é a sala de pequenos procedimentos, dificultando os trabalhos, até mesmo porque a utilizamos também para atender os pacientes que chegam em emergência. Esta situação se mostra da mesma forma no consultório de enfermagem que possui menos de 9 metros quadrados.

Em relação a insumos, equipamentos e materiais, faltam na unidade: esfigmomanômetro pediátrico e neonatal, negatoscópio, além de alguns medicamentos básicos. Demais instrumentos como mesas, cadeiras de espera dos pacientes, materiais para sutura e pequenas cirurgias, assim como gel,

sonar, fita métrica, balanças, seringas, agulhas, desinfetantes, anestésico, medicamentos úteis e necessários para atendimento na urgência, autoclave, luminária e aparelho para nebulização, que faltavam no início de março, foram solicitados e prontamente providenciados pelo gestor. Faltam ainda materiais, como: antropômetro para crianças, cabo de bisturi, foco de luz, negatoscopios nos consultórios e aparelho para foco de luz. Apesar de fazermos pequenas suturas, este material sempre está em falta assim como as fitas para o glicosímetro. Temos apenas um sonar para consulta no pré-natal, o que tem sido trabalhoso pois dificulta o atendimento tanto do médico como da enfermeira no dia desta consulta.

A reposição dos materiais e medicamentos é realizado por profissionais da própria prefeitura e termina sendo falho, pois não há a periodicidade e quantidade adequadas. Da mesma forma, não há um sistema de calibragem de aparelhos, sendo feito por algum profissional contratado pela prefeitura e isto ocorre de forma muito irregular. Faltam constantemente materiais básicos como algodão, anestésicos, escova endocervical, esparadrapo, espátulas, gaze, fios de sutura e luvas para procedimento.

A outra grande questão é a falta de medicamentos. Na lista disponibilizada pelo Ministério da Saúde faltam medicamentos para cardiopatas como a digoxina, e diuréticos. Não existem medicamentos psiquiátricos e nem anticonvulsivantes. Não há anticoagulantes e pouquíssimos fitoterápicos. O alendronato sódico usado no tratamento da osteoporose não é disponibilizado. Não há diafragma e nem dispositivo intrauterino. Em relação aos testes diagnósticos apenas a glicemia capilar é realizada e mesmo assim falta fitas esporadicamente. Diversos exames complementares podem ser solicitados, no entanto todos demoram a ser realizados, obrigando grande parte dos pacientes a recorrer a clínicas particulares.

Nossa USF possui apenas uma equipe para trabalhar na estratégia de saúde da família. Segundo dados da secretaria de saúde, a população em nossa área de abrangência é de 5228 pessoas. Como cada equipe de saúde da família deve ser responsável por, no máximo, 4000 pessoas, ela não está adequada. Possui 9 agentes comunitários de saúde. Neste ponto está adequada, pois, deve ser um agente para, no máximo, 750 pessoas e 12 agentes no máximo por equipe de saúde da família. É apenas na USF que os

profissionais realizam o cuidado em saúde, pois praticamente não existe atividade de educação em escolas, igrejas, creches, praças ou outros segmentos sociais, assim como não há ações programáticas devidamente organizadas. Neste ponto, a estratégia de saúde da família é comprometida, pois deixamos de acompanhar adequadamente grande parte dos pacientes diabéticos e hipertensos, contribuindo para não aderência ao tratamento proposto e aumento da morbidade destas doenças.

Por falta de articulação e estruturação com os outros pontos da atenção básica, não são utilizados protocolos em relação a encaminhamentos e, da mesma forma, o acompanhamento do plano terapêutico proposto pela atenção especializada fica prejudicado. Este problema é particularmente observado quando se trata de procedimentos cirúrgicos, quando em muitos casos, o próprio paciente não sabe relatar ou mesmo dispõe de cópias de prontuários ou outras informações sobre seu tratamento, dificultando o segmento e avaliação de sua saúde. Tudo isso onera o sistema, uma vez que precisamos solicitar outros exames para identificar os procedimentos.

Sobre o cuidado domiciliar, várias atividades e procedimentos são realizados no domicílio, como curativos, aferição da pressão arterial durante as visitas, consulta médica e de enfermagem, entrega de medicamentos, coleta de exames em dias específicos entre outros. Apenas o médico e enfermeira realizam notificações compulsórias de doenças e agravos, Talvez até por falta de conhecimento dos demais membros da equipe sobre esta possibilidade. No entanto ainda não realizamos busca ativa de doenças pela falta de ações programáticas.

Sobre o tema acolhimento este é realizado praticamente na recepção com o auxílio do técnico de enfermagem e às vezes com a participação de um agente comunitário de saúde. Portanto não há uma organização específica para o acolhimento. Desta forma não podemos afirmar que todos os usuários que chegam à USF têm suas necessidades acolhidas. Infelizmente a equipe ainda não utiliza uma avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade para definir o encaminhamento da demanda por falta de material didático, organização e falta de capacitação. Desta forma poderemos deixar de contemplar aqueles pacientes que mais estão necessitando de atendimento e

com maior grau de risco e vulnerabilidade. Isto se aplica também aos casos de saúde agudos.

Em nossa USF não há excesso de demanda espontânea para consultas de usuários com problemas de saúde agudos que necessitam de atendimento imediato com o médico. São poucos os casos que ocorrem semanalmente, no entanto, ainda existem problemas estruturais na unidade, que dificultam este tipo de atendimento, como a falta de medicamentos e aparelhos para a urgência.

O acolhimento em nossa USF termina sendo realizado quase que exclusivamente pela recepcionista, por falta de maior participação de todos os profissionais, sobretudo os agentes comunitários de saúde. Existem alguns problemas para a pactuação de um atendimento em conjunto na unidade, apesar de boa intenção de todos. Uma delas é em relação a avaliação e estratificação de risco como ferramenta para identificar situações que apresentam maior gravidade ou não. Mesmo em situações comuns, como, por exemplo, uma criança com febre alta, um usuário agitado, um idoso com dor no peito, aqueles profissionais que estão na linha de frente também devem ter conhecimentos básicos para reconhecer estas situações e associar ao processo saúde-doença, de forma a facilitar a inserção dos pacientes nos planos de cuidado, como sugere o manual do Ministério.

Em nossa USF realizamos o atendimento de puericultura com as crianças menores de 12 meses tanto pelo médico como pela enfermeira em um dia específico por semana, pois temos poucas crianças cadastradas. A auxiliar de enfermagem ajuda nas medidas de peso e estatura. Há 54% de cobertura. Neste caso há uma necessidade de se reavaliar a quantidade de crianças menores de 1 ano na comunidade e observar se o cadastramento está ocorrendo satisfatoriamente. Após a consulta de puericultura, a criança saem da unidade com a próxima consulta agendada. Eventualmente, atendemos crianças de até 72 meses de idade com problema de saúde agudo como infecções das vias respiratórias entre outras. Seguimos as orientações do caderno de atenção básica atual, como diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, imunizações, prevenção da anemia, prevenção de violências, promoção do aleitamento materno e hábitos alimentares saudáveis, a saúde bucal e mental.

Nossa unidade no momento não está realizando o teste do pezinho por falta de aparatos técnicos, sendo realizado em laboratório conveniado. Utilizamos os gráficos peso x idade e altura (estatura) x idade, avaliando os percentis p3, p10, p50, p97 da própria caderneta da criança, como classificação para identificar crianças de alto risco como aquelas portadoras de magreza acentuada. Não existe um formulário especial de puericultura. As informações são registradas em prontuários clínicos e na própria caderneta da criança. Estes prontuários ficam guardados separados dos demais como forma de controle e são revisados semanalmente.

Nossa USF realiza atendimento pré-natal em um dia específico por semana, pois no momento temos 36 gestantes cadastradas. Não há gestantes atendidas fora da área de cobertura. A estimativa encontrada é de 72 gestantes em nossa área, enquanto cadastradas só temos 36. O cadastramento é realizado através dos agentes comunitários de saúde e através das consultas por demanda espontânea. Muitas gestantes de nossa área recorrem à assistência privada, o que pode justificar os dados acima. O atendimento é realizado pelo médico, enfermeira e auxiliar de enfermagem, sendo a próxima consulta programada agendada. Várias são as ações desenvolvidas na USF no cuidado às gestantes: diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, controle dos cânceres do colo do útero e mama através da citologia oncológica e solicitação de mamografia, imunizações, planejamento familiar, promoção do aleitamento materno e hábitos saudáveis, promoção de atividades físicas.

Em nossa USF são realizadas ações de educação da mulher para realização periódica do exame preventivo do câncer do colo uterino e também a coleta de exame citopatológico em um dia específico por semana, sendo este realizado pela enfermeira. Durante o exame preventivo as mulheres são orientadas para o uso de preservativo em todas as relações sexuais e também sobre os malefícios do tabagismo. Da mesma forma são realizadas ações de rastreamento do câncer de mama tanto por exames clínicos como por solicitação de mamografia, no entanto, ainda precisamos melhorar em relação a ações de educação para reconhecimento dos sinais e sintomas, pois praticamente orientamos estas pacientes apenas durante as consultas.

Atendemos adultos com HAS todos os dias da semana e eventualmente surgem adultos fora de nossa área de cobertura que são atendidos com

valores alterados da pressão arterial, sendo estes encaminhados e orientados para o posto correspondente a sua área de residência. Em nossa USF realizamos ações de orientação de hábitos alimentares saudáveis para os portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e também para os de Diabetes Mellitus (DM) durante todas as consultas com os pacientes. Da mesma forma são realizadas ações para o controle do peso corporal dos portadores de HAS e DM, assim como estímulo à prática regular da atividade física. São realizadas também ações que orientam sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool e ações que orientam sobre os malefícios do tabagismo. Além das consultas programadas para acompanhamento da DM, existe demanda de adultos para atendimento de problemas de saúde agudos devido ao diabetes como casos de hipoglicemia e cetoacidose diabética. Estes casos são conduzidos inicialmente em nossa pequena sala de emergência e, após estabilização são encaminhados ao serviço de urgência para melhor avaliação através de exames laboratoriais, ou ainda, tratados e orientados na própria unidade básica. No entanto, não existe excesso de demanda de adultos para atendimento de problemas de saúde agudos devido a DM.

Em relação à saúde dos idosos, estes são acompanhados de acordo com outros programas como hipertensão, diabetes, não sendo atendidos especificamente em um dia por semana. Não existe um programa específico para este grupo de pacientes sendo realizado como preconiza o Ministério. O número de idosos estimado é de 575 pessoas e cadastrados temos 682. Estes dados já eram esperados, pois nossa área sabidamente concentra a população mais idosa da cidade. Todos os pacientes idosos possuem a caderneta do idoso, no entanto, os dados com controle de pressão arterial e de peso, assim como o de glicemia não estão atualizados. Quando observamos os números em relação ao diabetes e hipertensão concluímos que é alta a prevalência destas enfermidades na população idosa correspondente a nossa área de abrangência.

Um ponto difícil, mas imprescindível seria a organização de protocolo para a regulação de atendimento destes pacientes, para o acesso a outros níveis do sistema, como por exemplo, à fisioterapia, consulta com o psicólogo e educador físico. Para isso é preciso mais aproximação e organização do serviço junto ao NASF. Avaliar a capacidade funcional global do idoso através

do exame clínico específico. Isto deverá ocorrer organizando ao mesmo tempo prontuários e arquivos específicos. Estimular atividades com grupo de idosos abordando temas que são de interesse do grupo e que os ajudem a lidar com eles, como: depressão, demência, risco de acidentes e demais temas comuns no envelhecimento. Aproveitar esta ocasião para orientar e estimular também os cuidadores, pois são indivíduos essenciais para o fortalecimento das condições que garantem uma melhor qualidade de vida para estes pacientes. Registrar adequadamente todas as informações em arquivos específicos para que possam ser lidos e acompanhados por todos os membros da equipe de saúde da família. Estimular todos os profissionais ao planejamento e também ao monitoramento das ações propostas.

Entre estes desafios está o desenvolvimento correto dos programas preconizados, pois, encontramos uma unidade de saúde que não vinha desenvolvendo todos os programas, onde os diversos integrantes da equipe estavam desmotivados e desacostumados com suas responsabilidades frente aos pacientes. É preciso melhorar a estrutura de nossa unidade e, para isso, é necessário cobrar dos gestores mais empenho e responsabilidade. Para que ocorra de forma mais tranqüila, também se faz necessário o empenho dos médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, recepcionistas e demais auxiliares, pois é a união de todos estes agentes que faz a força e gera o engajamento social. Neste sentido a participação popular será fundamental.

A partir do momento que aplicamos adequadamente nossos conhecimentos e práticas a favor de um atendimento holístico e mais humano, ganhamos indiscutivelmente o apoio, compreensão e reconhecimento dos nossos pacientes. Da mesma forma, observamos o entusiasmo sempre crescente dos nossos colegas e de toda a equipe. Assim será possível avançar mais e melhorar diversos pontos importantes que ainda não havíamos aplicado em nosso posto. Faz-se necessário também conhecer melhor nossa área, observando a territorialização e indicadores de saúde, desenvolver estratégias para facilitar e organizar a adstrição da clientela de forma a facilitar e permitir uma forma organizada de atenção aos usuários e a família. Trabalhar as diversas áreas programáticas como hipertensão, diabetes, controle da hanseníase e tuberculose, saúde da criança, do idoso e o pré-natal de baixo risco, assim como abordar qualitativamente o câncer do colo uterino e

cervical, a saúde bucal, sem perder de foco a demanda espontânea que muitas vezes requer um atendimento imediato por problemas de saúde agudos.

Neste contexto é preciso também qualificar melhor nossa equipe e seus diversos membros que, trabalhando em conjunto e organizadamente fazem o verdadeiro acolhimento. Utilizar melhor os recursos financeiros e aqueles já existentes em nossa unidade básica para promover a equidade nos atendimentos. Estimular a participação contínua dos profissionais da equipe e também os usuários, nas reuniões dos conselhos municipais ou locais de saúde visando melhorias nos serviços e na atenção básica de forma geral. Discutir através de reuniões constantes com a própria equipe as intercorrências que surgem na estratégia de saúde da família e até mesmo sobre o planejamento e avaliação da mesma.

1.3 COMENTÁRIO COMPARATIVO SOBRE O TEXTO INICIAL E O RELATÓRIO DA ANÁLISE SITUACIONAL

Em relação à estrutura física de nossa USF houve algumas melhorias no decorrer do ano. Estas surgiram através de nossa solicitação ao gestor através da secretaria de saúde do município. Utensílios importantes como aquisição de um aparelho para nebulização, negatoscópio, concerto e instalação da máquina de autoclave, concertos nos aparelhos de ar condicionados, aquisição de mesa e cadeiras novas, maca para atendimento no consultório e sonar, foram importantes para o desenvolvimento e manutenção de nossas atividades diárias e melhor atendimento aos usuários.

Sobre os aspectos da infraestrutura da USF não houve avanços. É preciso salientar que todo o prédio está fora dos padrões adequados, tendo grandes falhas de divisão. Não possui uma sala de recepção adequada, não há uma sala para reuniões e as pastas com documentos e prontuários dos pacientes ficam acumuladas na pequena salinha da recepção. A Unidade ainda não dispõe de um consultório odontológico e vários são os entraves e barreiras arquitetônicas observadas em todas as dependências. Por este motivo, dificilmente uma reforma resolveria o problema. Através de reunião com o próprio gestor, soubemos que um projeto para construção de uma nova

unidade de saúde já estava em foco e que em breve iniciariam as obras tão necessárias.



**Departamento de
Medicina Social**
Universidade Federal de Pelotas



**Especialização em
Saúde da Família**



Ministério da
Saúde



2 ANÁLISE ESTRATÉGICA– PROJETO DE INTERVENÇÃO

2.1 JUSTIFICATIVA

De acordo com Gonçalves et al (2008), a mudança na pirâmide etária mundial faz com que o estudo do envelhecimento e da velhice seja foco de atenção, suscitando ação de agentes sociais e governamentais, além de profissionais da área da saúde. Coerente com a proposta de Envelhecimento Ativo, dentro das diretrizes propugnadas pela Organização Mundial da Saúde. O Ministério da Saúde, juntamente com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, tem buscado qualificar a atenção à saúde das pessoas idosas, contribuindo para que não só tenhamos maior expectativa de vida em nosso país como também agregando mais qualidade aos anos a mais vividos. Afinal, envelhecer com saúde é um direito de cidadania (BRASIL, 2010).

Na USF São José a atenção a saúde dos idosos não está prevista como ação programática, o atendimento é feito em outros programas e por demanda espontânea. Por essa razão, foi escolhido como foco do projeto de intervenção a implantação da atenção a pessoa idosa. O número de idosos estimado é de 575, segundos dados do IBGE, mas cadastrados temos 682 usuários idosos.

O contato da equipe com os idosos atendidos na USF é através dos atendimentos em outros programas como o HIPERDIA, onde é de alta prevalência o número de idosos hipertensos ou diabéticos. No atendimento a essas pessoas é entregue a caderneta da pessoa idosa, mas os dados com controle de pressão arterial e de peso, assim como o de glicemia não estão atualizados. Outras ações que deveriam ser prestadas e eu na unidade não se adota como rotina, são: a avaliação multidimensional rápida; em relação ao risco de morbimortalidade estão sendo acompanhados, mas é preciso melhorar esta avaliação observando os aspectos globais do envelhecimento; alguns poucos pacientes idosos são acompanhados em relação à saúde bucal, mas de forma espontânea.

Pensando na melhoria da atenção a saúde dos idosos a equipe decidiu adotar tal foco e traçou ações para que se implante durante as doze semanas de intervenção uma rotina de atendimento, em consonância ao que estabelece o Ministério da Saúde. Como incentivador temos o contato com esse grupo de

peças, e por isso, acreditamos que não encontraremos problemas em relação a adesão, pois naturalmente nossos pacientes procuram o posto em busca de atendimento, e o contato com a gestão tem deixado a equipe animada com a receptividade e apoio prometido.

2.2. OBJETIVOS E METAS

2.2.1 Objetivo geral

Implantar a Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na Unidade Básica de Saúde da Família São José, município de Parnaíba-PI.

2.2.2 Objetivos específicos:

- Ampliar a cobertura de acompanhamento de idosos;
- Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Atenção à Saúde do Idoso;
- Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na unidade de saúde;
- Melhorar registros das informações;
- Mapear os idosos de risco da área de abrangência;
- Promover a saúde.

2.2.3 Metas

Relativas ao objetivo Ampliar a cobertura de acompanhamento de idosos:

- Ampliar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde para 25%;
- Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção;
- Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção;
- Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS);

- Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM);
- Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para 15% dos idosos;
- Fazer visita domiciliar odontológica de 100% dos idosos acamados ou com dificuldade de locomoção.

Relativa ao objetivo Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Atenção à Saúde do Idoso:

- Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Relativa ao objetivo Melhorar a qualidade da Atenção ao Idoso na Unidade de Saúde:

- Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde;
- Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 03 meses para diabéticos;
- Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos;
- Avaliar acesso aos medicamentos prescritos em 100% dos idosos;
- Concluir o tratamento odontológico em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática;
- Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% dos idosos cadastrados;
- Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica.

Relativa ao objetivo Melhorar registros das informações:

- Manter registro específico de 100% das pessoas idosas;

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

Relativa ao objetivo Mapear os idosos de risco da área de abrangência:

- Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade;
- Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas;
- Avaliar a rede social de 100% dos idosos;
- Realizar avaliação de risco em saúde bucal em 100% dos idosos.

Relativa ao objetivo Promover a Saúde:

- Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas;
- Garantir orientação para a prática de atividade física regular a 100% idosos;
- Garantir orientações individuais sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados com primeira consulta odontológica programática.
- Garantir ações coletivas de educação em Saúde Bucal para 100% dos idosos cadastrados.

2.3 METODOLOGIA

Para obter sucesso na implementação do Programa de Saúde do Idoso na USFF São José foram organizadas ações em quatro eixos: Organização e Gestão do Serviço, Monitoramento e Avaliação, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica.

Na fase de Intervenção, as atividades realizadas serão relatadas semanalmente em texto, no Diário da Intervenção e registrada em planilha eletrônica de coleta de dados. Ao final desta unidade de estudo será produzido o relatório da intervenção, que deverá conter as ações que foram realizadas,

como foram realizadas, o que precisou ser feito para colocá-las em prática, o que foi modificado do projeto, o número de usuários que envolveu, qual a participação dos diversos membros da equipe, as dificuldades encontradas para a realização da intervenção, explicações referente às dificuldades, além de sugestão de alterações necessárias à melhoria da intervenção segundo a realidade da USF.

2.3.1 Ações

Atendendo ao objetivo específico, e de acordo com o eixo de organização e gestão do serviço deveremos iniciar o cadastramento na intervenção de atenção aos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde. Como o programa não existe em nossa USF, iremos desenvolvê-lo com o objetivo de atender 25% dos pacientes idosos conforme o caderno de atenção básica, o que corresponde a 170 pacientes.

O monitoramento e avaliação da cobertura de atendimento dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde será feita periodicamente, através de anotação tanto no prontuário clínico como em ficha espelho onde estarão todas as atividades desenvolvidas com cada paciente. Os dados serão repassados semanalmente para a planilha eletrônica de coleta de dados. Cada agente de saúde será responsável pelos pacientes de sua respectiva área e ajudará nas práticas do acolhimento no dia da consulta agendada. Como todos os idosos já foram cadastrados recentemente, daremos especial atenção aos idosos com maior risco de morbimortalidade, assim que identificados. Realizaremos reunião no final do mês para juntamente com a enfermeira atualizar informações do SIAB.

Esclareceremos a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde. Isto ocorrerá através das visitas de todos os idosos realizadas pelos agentes comunitários de saúde e durante as consultas na demanda espontânea com o médico, e pela enfermeira durante suas consultas. Desta forma a comunidade será informada sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde, obedecendo ao eixo do engajamento público.

Rastreamos todos os idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Para isto será garantido materiais adequados para a tomada da medida da pressão arterial na unidade de saúde tais como esfigmomanômetro, manguitos e fita métrica. Para que se faça esse monitoramento e avaliação, as medidas serão anotadas no prontuário clínico e também na ficha espelho, de modo a identificar através de várias medidas durante as consultas agendadas, pacientes portadores de HAS. Da mesma forma, deveremos rastrear todos os idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM). A ação envolverá o cadastro específico, assim como a ficha espelho e acompanhamento constante do paciente pelo seu respectivo ACS que agendará a consulta no período correspondente, sendo aplicado o hemoglicoteste e solicitado glicemia de jejum.

Primando pela organização e gestão do serviço, para melhorar o acolhimento dos idosos portadores de DM, garantiremos material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde além do acompanhamento do material pelo técnico de enfermagem e aviso antecipado sobre os problemas correspondentes.

Serão cadastrados todos os dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. Cada agente comunitário de saúde revisará toda sua área em busca de pacientes acamados ou com problema de locomoção. Na primeira semana de intervenção anotaremos os dados levantados pelos agentes comunitários que serão anotados na ficha espelho. Para monitorar e avaliar o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados, anotaremos na ficha espelho e revisaremos semanalmente com toda a equipe durante as visitas domiciliares semanais.

Temos como meta ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para 15% dos idosos com elaboração de plano de tratamento realizada pela equipe de saúde bucal, assim como fazer visita domiciliar odontológica de todos os idosos acamados ou com dificuldade de locomoção. Uma ação conjunta com a equipe odontológica poderá garantir orientações individuais sobre higiene bucal, acompanhamento periódico, inclusive em relação aqueles pacientes mais graves, assim como ações coletivas de educação, promovendo o monitoramento e avaliação do serviço. Todos os pacientes serão

encaminhados e orientados para consulta com odontólogo, sendo registrada sua participação na ficha espelho, durante o retorno de cada paciente

Sobre todas as ações já expostas, a comunidade será esclarecida sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde. A comunidade será informada através das visitas de todos os idosos realizadas pelos agentes comunitários de saúde e durante as consultas na demanda espontânea com o médico, e pela enfermeira durante suas consultas, para que ocorra o engajamento público.

A qualificação da equipe para a prática clínica ocorrerá através da capacitação da equipe na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço, assim como capacitação sobre a Política Nacional de Humanização, orientação dos agentes comunitários de saúde sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção, além do treinamento da equipe para a realização de questionários e uso de utensílios e, ainda, orientações sobre acompanhamento dos pacientes na saúde bucal, serão realizadas na primeira semana de intervenção através de duas palestras.

Outro objetivo é melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Atenção à Saúde do Idoso. A meta é buscar todos os idosos faltosos às consultas programadas. Aqueles idosos que não vierem à consulta programada e agendada serão novamente convocados através da análise da folha espelho tanto por seu agente comunitário de saúde correspondente como pelo médico. Estes pacientes faltosos deverão ser atendidos em outro momento, em nova consulta agendada. A equipe de saúde será orientada neste sentido, de forma que não haja maiores problemas com relação às novas consultas agendadas. Tais ações acontecerão através do monitoramento dos faltosos e qualificação da equipe para que nenhum idoso deixe de ser atendido.

Para melhorar a qualidade da atenção ao idoso na unidade de saúde através da realização da Avaliação Multidimensional Rápida de todos os idosos da área de abrangência utilizaremos como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde, seguindo o eixo do monitoramento e avaliação. Além disso, faremos exame clínico apropriado em todas as consultas, incluindo

exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 03 meses para diabéticos.

Para monitorar a realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade de saúde e monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde, além de acompanhar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada, serão todos os dados anotados em ficha espelho, além do prontuário clínico do paciente, de modo que mensalmente estes dados serão transferidos para a planilha eletrônica de coleta de dados, e atendendo o eixo de monitoramento e avaliação da prestação de cuidados com a pessoa idosa.

Deveremos encaminhar os pacientes para a equipe de saúde bucal para que concluam o tratamento odontológico. Esta meta corresponde a 15% dos idosos com primeira consulta odontológica programática, além de avaliar alterações de mucosa bucal em todos os idosos cadastrados. Para tanto, haverá a qualificação da equipe, com capacitação para orientar os pacientes idosos a procurarem a assistência bucal, tal atendimento está sendo feito por uma equipe que trabalha em posto vizinho e, por tal razão, dificultando a estratégia de saúde da família. Para monitorar e avaliar a proporção dos idosos que acessam o serviço odontológico que tem o tratamento odontológico concluído anotaremos os dados na ficha espelho e logo após passaremos para a planilha.

Iremos avaliar o acesso aos medicamentos prescritos a todos os idosos, observando aqueles medicamentos que já existem no posto de saúde e solicitando junto a secretaria de saúde, aqueles inexistentes ou em falta, com o intuito de organizar e gerir o serviço. Outra ação será a orientação dos pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos na Farmácia Popular, facilitando assim, o engajamento público.

Para organizar e gerenciar melhor os registros das informações manteremos registros específicos de todas as pessoas idosas. Organizaremos as ficha espelho de cada paciente em pastas nomeadas pelo agente de saúde respectivo. Desta forma buscaremos uma constante observação e avaliação dos casos pendentes. Tais registros também serão organizados pelos agentes

de saúde, que anexarão à folha espelho de cada paciente, os registros referentes à orientação nutricional e física, assim como o questionário apgar de família, e desta forma estaremos pactuando com o restante da equipe a análise e cuidado nos registros das informações.

Orientaremos os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário, durante as consultas médicas e questionários realizados pelos agentes. Durante as palestras na primeira semana, abordaremos este assunto e treinaremos a equipe com relação aos questionários aplicados. Ainda em referência ao cadastramento de idosos, será distribuída a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a todos os idosos cadastrados. Sempre entregues durante a chegada ao posto, e anotado pela auxiliar de enfermagem, agentes comunitários e médico. Revistos mensalmente para avaliação de anotações pendentes. Os pacientes idosos serão orientados também sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção. Obedecendo assim, às ações de promover o engajamento público e qualificação da prática clínica, propostas na metodologia desse trabalho.

Haverá mapeamento de todos os idosos de risco da área de abrangência, rastreando as pessoas idosas para risco de morbimortalidade. Serão avaliados os componentes para a estratificação do risco individual dos pacientes em função do Escore de Framingham e de lesão em órgãos-alvo durante as consultas clínicas e anotadas em ficha espelho. Desta forma será monitorado o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência. A avaliação mensal do prontuário e ficha espelho permitirá priorizar o atendimento dos idosos de maior risco de morbimortalidade, além de orientá-los sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco.

A investigação da presença de indicadores de fragilização na velhice em todas as pessoas idosas será outra ação. Como refere o caderno de atenção básica, na Estratégia Saúde da Família o papel do Agente Comunitário de Saúde no reconhecimento dos possíveis sinais referentes à síndrome é fundamental dada sua constante presença na comunidade e contato frequente com a população. A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa é um instrumento que possibilita a identificação desses sinais. Desta forma, a caderneta de

saúde será sempre um instrumento solicitado durante as consultas e preenchido plenamente, para que haja organização e gestão do serviço, valorizando os papéis dos profissionais, esse preenchimento será feito tanto pelos agentes comunitários quanto pelo médico e demais profissionais da unidade.

Para monitorar e avaliar o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice analisaremos a carteira de saúde da pessoa idosa no retorno mensal dos pacientes e, desta forma, serão priorizados os idosos mais fragilizados. Deveremos avaliar a rede social de todos os idosos, através do preenchimento do teste de avaliação rápida, apgar de família pelo agente de saúde. Estes dados serão anexados à ficha espelho para conferência mensal.

Como ação de promover a saúde, garantiremos a orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e prática de atividade física regular a todas as pessoas idosas, através das consultas com o médico e da orientação pelos agentes comunitários de saúde seguindo os dez passos para uma alimentação saudável para as pessoas idosas do caderno de atenção básica. Os formulários para orientação nutricional serão impressos e distribuídos para todos agentes comunitários. A leitura e discussão do artigo ocorrerão na primeira semana de intervenção. Para monitorar o número de idosos com obesidade e desnutrição, observaremos o índice de massa corpórea e avaliação nutricional na ficha espelho mensalmente, esse monitoramento e avaliação irão ajudar a reforçar as orientações àqueles mais predispostos à obesidade e desnutrição.

Para garantir orientações individuais sobre higiene bucal, incluindo higiene de próteses dentárias, para todos os idosos cadastrados com primeira consulta odontológica programática, além da orientação durante a consulta clínica com o médico, encaminharemos para consulta com a equipe de saúde bucal aqueles pacientes idosos identificados de alto risco, ou seja, com higiene bucal deficiente, dieta rica em açúcares, tabagismo, doenças imunodepressíveis ou condições sistêmicas como diabetes e hipertensão. Para monitorar as atividades educativas individuais, anotaremos as informações em ficha espelho.

Para as ações coletivas de educação em saúde bucal, uma ação social envolvendo toda a equipe da unidade básica de saúde para orientações coletivas dos pacientes idosos cadastrados ocorrerá na última semana de intervenção. Além de organizar temas de interesse para os idosos cadastrados no programa de saúde bucal, a população será informada sobre a importância da participação nas atividades educativas, incentivando a participação dos comunitários. A capacitação dos profissionais envolvidos ocorrerá ao longo da intervenção, preferencialmente entre as primeiras semanas de intervenção, com palestra organizada na unidade de saúde, valorizando a qualificação da prática clínica.

2.3.2 Indicadores

A seguir serão apresentados os Indicadores expressando o numerador e o denominador da proporção que permitirá o monitoramento e avaliação das metas estabelecidas.

7.1. Referente à meta de ampliar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde para 25% e ao objetivo específico de ampliar a cobertura de acompanhamento de idosos:

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

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa;

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

7.2. Referente à meta de cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção e ao objetivo específico de ampliar a cobertura de acompanhamento de idosos:

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

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

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

7.3. Referente à meta de realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção e ao objetivo específico de ampliar a cobertura de acompanhamento de idosos:

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

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

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

7.4. Referente à meta de rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e ao objetivo específico de ampliar a cobertura de acompanhamento de idosos:

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

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

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

7.5. Referente à meta de rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM) e ao objetivo específico de ampliar a cobertura de acompanhamento de idosos:

Indicador: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus;

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

7.6. Referente à meta de ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para 100% dos idosos e ao objetivo específico de ampliar a cobertura de acompanhamento de idosos:

Indicador: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática

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

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

7.7. Referente à meta de fazer visita domiciliar odontológica de 100% dos idosos acamados ou com dificuldade de locomoção e ao objetivo específico de ampliar a cobertura de acompanhamento de idosos:

Indicador: Proporção de idosos acamados ou com dificuldade de locomoção que receberam visita domiciliar odontológica

Numerador: Número de idosos da área de abrangência acamados ou com dificuldade de locomoção que receberam VD odontológica.

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência acamados ou com dificuldade de locomoção, cadastrados na unidade de saúde.

7.8. Referente à meta de buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Atenção à Saúde do Idoso:

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

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

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas.

7.9. Referente à meta de realizar avaliação multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde e ao objetivo específico de melhorar a qualidade da Atenção ao Idoso na Unidade de Saúde:

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

Numerador: Número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida;

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

7.10. Referente à meta de realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 03 meses para diabéticos e ao objetivo específico de melhorar a qualidade da Atenção ao Idoso na Unidade de Saúde:

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

Numerador: Número de idosos com exame clínico apropriado

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

7.11. Referente à meta de realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos e ao objetivo específico de melhorar a qualidade da Atenção ao Idoso na Unidade de Saúde:

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

Numerador: Número de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos;

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

7.12. Referente à meta de avaliar acesso aos medicamentos prescritos em 100% dos idosos e ao objetivo específico de melhorar a qualidade da Atenção ao Idoso na Unidade de Saúde:

Indicador: Proporção de idosos com acesso aos medicamentos prescritos.

Numerador: Número de idosos com acesso aos medicamentos prescritos;

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

7.13. Referente à meta de concluir o tratamento odontológico em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática e ao objetivo específico de melhorar a qualidade da Atenção ao Idoso na Unidade de Saúde:

Indicador: Proporção de idosos com tratamento odontológico concluído.

Numerador: Número de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde com tratamento odontológico concluído;

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência cadastradas na unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática.

7.14. Referente à meta de avaliar alterações de mucosa bucal em 100% dos idosos cadastrados e ao objetivo específico de melhorar a qualidade da Atenção ao Idoso na Unidade de Saúde:

Indicador: Proporção de idosos com avaliação de alterações de mucosa bucal em dia.

Numerador: Número de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde com avaliação de alterações de mucosa;

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

7.15. Referente à meta de avaliar necessidade de prótese dentária em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica e ao objetivo específico de melhorar a qualidade da Atenção ao Idoso na Unidade de Saúde:

Indicador: Proporção de idosos com avaliação da necessidade de prótese em dia.

Numerador: Número de idosos da área de abrangência cadastrados na USF com avaliação de necessidade de prótese;

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência cadastrados na Unidade de Saúde com primeira consulta odontológica.

7.16. Referente à meta de manter registro específico de 100% das pessoas idosas e ao objetivo específico de melhorar registros das informações:

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

Numerador: Número de ficha espelho com registro adequado;

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

7.17. Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados e ao objetivo específico de melhorar registros das informações:

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

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

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

7.18. Referente à meta de rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade e ao objetivo específico de mapear os idosos de risco da área de abrangência:

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

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

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

7.19. Referente à meta de investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas e ao objetivo específico de mapear os idosos de risco da área de abrangência:

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

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

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

7.20. Referente à meta de avaliar a rede social de 100% dos idosos e ao objetivo específico de mapear os idosos de risco da área de abrangência:

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

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social;

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

7.21. Referente à meta de realizar avaliação de risco em saúde bucal em 100% dos idosos e ao objetivo específico de mapear os idosos de risco da área de abrangência:

Indicador: Proporção de idosos com avaliação de risco em saúde bucal em dia.

Numerador: Número de idosos da área de abrangência cadastrados na Unidade de Saúde com avaliação de risco em saúde bucal;

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência cadastrados na Unidade de Saúde com primeira consulta odontológica.

7.22. Referente à meta de garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas e ao objetivo específico de promover a saúde:

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

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

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

7.23. Referente à meta de garantir orientação para a prática de atividade física regular a 100% idosos e ao objetivo específico de promover a saúde:

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

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

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

7.24. Referente à meta de garantir orientações individuais sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados com primeira consulta odontológica programática e ao objetivo específico de promover a saúde:

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

Numerador: Número de idosos da com primeira consulta odontológica com orientação individual de cuidados de saúde bucal;

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

7.25. Referente à meta de garantir ações coletivas de educação em Saúde Bucal para 100% dos idosos cadastrados e ao objetivo específico de promover a saúde:

Indicador: Proporção de idosos com participação em ações coletivas de educação em saúde bucal.

Numerador: Número de idosos com participação em ações coletivas de educação em saúde bucal;

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

2.3.3 LOGÍSTICA

Para que o projeto seja desenvolvido de acordo com o programado, serão utilizados instrumentos que possibilitam o registro de dados e descrição da rotina de atendimento: planilha de coleta de dados de saúde do idoso + saúde bucal e modelo de diário de intervenção, ambos disponibilizados pela especialização. Como instrumento para orientação das ações será usado o Caderno de Atenção Básica nº 19 - Envelhecimento e saúde da pessoa idosa, Ministério da Saúde, 2006, que será impresso e disponibilizado no posto. Para rastreamento dos idosos para HAS, será garantido materiais adequados para a tomada da medida da pressão arterial na unidade de saúde tais como esfigmomanômetro, manguitos e fita métrica, que serão solicitados ao gestor.

Os dados dos usuários serão registrados na caderneta da pessoa idosa, ficha espelho, além de livro de registros contendo informações que possibilitam a coleta de todos dos indicadores necessários ao monitoramento da intervenção. Estes documentos foram oferecidos pelo curso e serão preenchidos pelo médico e enfermeira. Será anexado ao prontuário o questionário Apgar de família realizado pelo agente comunitário de saúde respectivo, assim como informação sobre orientação de atividades físicas e orientação nutricional, que deverá ser motivada pelos 10 passos para uma alimentação saudável para as pessoas idosas, distribuídos para todos os

agentes de saúde como guia nutricional. Da mesma forma, estes formulários serão confeccionados pelo médico e enfermeira.

A gestão irá viabilizar a impressão dos materiais de coleta de dados. O acompanhamento das atividades será semanal, com apoio de orientação do curso, buscando readequação ao longo da intervenção, em buscar de se alcançar os objetivos do projeto.

2.3.4 Cronograma

ATIVIDADES	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Capacitação dos profissionais de saúde da USF sobre o protocolo de atenção à saúde do idoso.												
Cadastramento de todos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde.												
Estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática, incluindo equipe de saúde bucal.												
Contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática.												
Atendimento clínico dos idosos, incluindo avaliação multidimensional e solicitação de exames, orientação de atividades físicas e nutricionais.												
Capacitação dos agentes comunitários de saúde para realização de busca ativa de pacientes idosos faltosos.												
Realização de palestra com grupo de idosos sobre temas importantes da saúde do idoso, de forma a estimular a ida à unidade básica de saúde, além de promover o engajamento social.												

Busca ativa dos pacientes idosos faltosos às consultas.												
Monitoramento da intervenção.												
Visita domiciliar aos idosos acamados.												
Rastreamento dos idosos para HAS e DM naqueles com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmhg.												
Avaliação de alterações na mucosa bucal e encaminhamento para equipe odontológica.												
Manutenção dos registros específicos.												
Rastreamento dos pacientes idosos para risco de morbimortalidade e encaminhamento a USF.												
Preenchimento do teste de avaliação apgar de família.												
Entrega e preenchimento da carteira de saúde da pessoa idosa												
Avaliação do acesso aos medicamentos prescritos.												
Realização de atividades coletivas de educação em saúde bucal para idosos cadastrados												
Capacitação da equipe sobre as principais orientações com relação à Saúde Bucal												

3. RELATÓRIO DE INTERVENÇÃO

3.1 AÇÕES PREVISTAS NO PROJETO QUE FORAM DESENVOLVIDAS

De forma geral os trabalhos foram organizados e cumpridos sem maiores dificuldades. As ações como capacitação dos profissionais de saúde da USF sobre o protocolo de atenção à saúde do idoso, estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática, incluindo equipe de saúde bucal, cadastramento de todos os idosos da área adstrita no programa, atendimento clínico dos usuários idosos, incluindo avaliação multidimensional e solicitação de exames, orientação de atividades físicas e nutricionais, palestra com grupo de idosos, capacitação dos agentes comunitários de saúde para realização de busca ativa de usuários idosos faltosos e acompanhamento desses casos, rastreamento dos idosos para HAS e DM naqueles com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmhg como hemoglicoteste na Unidade de saúde, avaliação do acesso aos medicamentos prescritos, rastreamento dos usuários idosos para risco de morbimortalidade e encaminhamento a USF, através dos agentes comunitários de saúde e pelo médico durante as consultas habituais e investigação de presença de indicadores de fragilização na velhice através de visitas domiciliares pelos agentes comunitários de saúde, foram e estão sendo realizados e já se incorporaram à rotina de nossa unidade.

Realizamos o estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática, incluindo a profissional da pequena farmácia, enfermeira, agente de saúde, auxiliar de enfermagem e o pessoal da recepção. Questionamos e avaliamos diversos pontos da anamnese multidimensional rápida da pessoa idosa como a nutrição, visão, audição, incontinência urinária, atividade sexual, humor e depressão, cognição e memória. Avaliamos também as doenças venosas e arteriais através dos membros superiores e inferiores. Vários aspectos sobre a fragilidade nos idosos foram abordados: suas atividades diárias, seu domicílio e possibilidade de quedas, assim como as orientações sobre atividade física e orientação nutricional. Vários dados foram anotados na carteira da pessoa idosa e entregues ao paciente. O suporte social também foi interpretado e anotado em folha específica e anexada à ficha espelho do paciente, de modo que passamos a conhecer mais intimamente sua família e

suas necessidades. As medidas antropométricas foram sempre aferidas e a data da próxima consulta agendada.

Estimulante e positiva também foi a estratégia em relação a visita domiciliar aos idosos acamados. Atendemos 100% desses usuários, graças às constantes visitas que realizamos todas as terças, além do estímulo e interação com nossos agentes de saúde, que se mostram bastante eficientes.

Avaliamos sempre as cadernetas da pessoa idosa e as atualizamos com novas informações. Este serviço também foi sendo realizado pelos agentes comunitários de saúde quando visitavam a casa dos pacientes e durante o questionário para avaliação do suporte social. Alguns pacientes mostraram evidente fragilidade e, neste caso, foram encaminhados para o Centro de especialidades para uma avaliação com fisioterapeuta, fonoaudiólogo ou mesmo com psicólogo.

Um dado importante que avaliamos foi em relação ao índice de quedas, pois vários são os relatos de acidentes domésticos e até mesmo nas ruas. Neste ponto, observamos que estas quedas estão relacionadas não só a aspectos físicos, mas também a condições clínicas como labirintite, alterações na glicemia e até mesmo déficits cognitivos, pois muitos pacientes mostraram alterações importantes na memória e cognição, sugerindo estados demenciais como Alzheimer ou demências vasculares.

Também foi adequada a proporção de idosos com a verificação da pressão arterial na última consulta, a proporção de idosos acamados e com problemas de locomoção com visita domiciliar e a proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes. Uma boa notícia foi a realização por muitos pacientes da mamografia. Até então, nenhuma alteração importante fora identificada.

Positivos e abrangentes também foram proporções de usuários com avaliação multidimensional rápida, de idosos faltosos que receberam busca ativa, com exame clínico apropriado em dia, com acesso aos medicamentos em dia e de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Percebemos durante as semanas que muitos usuários ainda faltavam às consultas programadas. Realizamos busca ativa para todos aqueles que faltavam. Este trabalho foi bem desenvolvido por nossos agentes comunitários

de saúde que, ao questionar os usuários, estes relatavam que ainda aguardavam os exames solicitados. Este costume, em parte, pode ser explicado pela falta de uma estratégia de saúde da família realmente eficaz sendo desenvolvida ao longo dos anos.

Conseguimos manter a proporção de 100% de usuários que receberam a caderneta de saúde do idoso, assim como a avaliação periódica e anotações nos prontuários. Boa também é a proporção de registro na ficha espelho, mesmo considerando e avaliando os faltosos na consulta programada.

As proporções de idosos com a avaliação de fragilização na velhice e da rede social também foram satisfatórias, pois cada agente de saúde foi responsável por seu paciente correspondente, sempre visitando e aplicando o questionário proposto. Todos estes dados foram anexados à ficha espelho pelo próprio agente e conferido semanalmente pelo médico.

Algumas melhoras ocorreram também em relação aos cartazes e informativos de horários dos atendimentos, vacinação de crianças, gestantes e idosos, além de outras orientações educacionais e higienização disponibilizadas e colocadas em locais estratégicos para a leitura dos usuários.

Foi através de nosso incentivo e boa vontade da gestão, que possibilitamos diversas melhorias nos consultórios do médico e da enfermeira, como instalação de ar condicionados armários, estantes, negatoscópio entre outros utensílios.

A equipe de saúde se manteve organizada em nosso posto, não surgindo maiores dificuldades. No entanto, alguns problemas ainda persistiam, como a dificuldade na marcação de exames laboratoriais e eletrocardiograma, pela pouca disponibilidade que ainda enfrentava o município. Assim a estratificação de risco cardiovascular para portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus através dos critérios de framinghan e lesões em órgão alvo, aconteceria quando os pacientes retornassem com esses exames.

O processo de organização dos arquivos e prontuários pode ainda melhorar. Nossos agentes comunitários de saúde e nossa enfermeira sempre observavam as pastas contendo os arquivos e analisavam os diversos dados. Estas pastas já podem ser alocadas na pequena sala de arquivos para acompanhamento contínuo.

Apesar de nossas fichas espelho terem se mantido bem organizadas e divididas por pastas, uma melhoria dos prontuários se faz necessária. Este é outro trabalho que procuramos desenvolver e que foi acompanhado por nossa supervisora do PROVAB quando visitava o posto mensalmente.

Procuramos também estimular a gestão através de nossas reuniões mensais na presença de nossa supervisora, para que haja mais disponibilidade e participação de outros profissionais de saúde e também do NASF na estratégia de saúde da família. Solicitamos educadores físicos, nutricionistas e fisioterapeutas em algumas consultas e também para as palestras que desenvolvemos. Desta forma promovemos o princípio da integralidade que deve sempre ser perseguido.

Um ponto importante e que merece melhor abordagem por nós, é sobre o contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programáticas solicitando apoio para a captação de usuários idosos e para as demais estratégias que serão implementadas. Com a experiência vivida nas últimas palestras, deveremos organizar e planejar melhor as próximas ações, desenvolvendo e incentivando todos os usuários e seus familiares, para melhora do quesito de engajamento social.

Na avaliação da implementação de nossa intervenção, observamos que a cobertura do programa de atenção à saúde do idoso em nossa Unidade de Saúde transcorreu firme alcançou uma das metas propostas que era a cobertura de 25% desta população. É claro que mais importante que atingir esta meta, foi o estabelecimento de toda uma prática em um programa específico, como a saúde do idoso, incorporando-a ao nosso dia a dia e buscando sempre captar mais usuários e trabalhando melhor o acolhimento.

3.2 AÇÕES PREVISTAS NO PROJETO QUE NÃO FORAM DESENVOLVIDAS

Ficamos com uma grande pendência durante praticamente toda a metade da intervenção em relação à saúde bucal, pois apesar de avaliarmos alterações na mucosa e necessidade de prótese, os pacientes não foram encaminhados para consulta com a equipe de saúde bucal pois o serviço funciona em outra unidade vizinha e termina atendendo praticamente apenas a população local. Dessa forma, a assistência odontológica e conseqüentemente

as estratégias da equipe, ficam prejudicadas pela distância e dificuldade de constante diálogo.

Realizamos uma reunião com a equipe odontológica e fomos orientados a encaminhar alguns pacientes por semana somente a partir de novembro. Foi somente naquele mês que iniciamos os trabalhos com a parceria da equipe de saúde bucal. Na sétima semana soubemos de algumas dificuldade técnicas relatadas pela odontóloga em relação a falta de água e alguns utensílios no consultório odontológico. Todavia, visitamos o gestor e solicitamos apoio para a melhoria destas condições e de nossa intervenção. Prontamente fomos atendidos.

Em relação à proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática, a falta de infra estrutura em nosso posto, a distância entre as equipes de atenção básica e a dificuldade de diálogo constante, foram nossos grandes problemas durante este tempo. Como reflexo disso, apenas um paciente idoso acamado recebeu visita domiciliar odontológica, fato este ocorrido durante o curso da oitava semana de intervenção. Os dados melhoraram muito nas últimas semanas de intervenção após estabelecermos uma média de atendimento semanal juntamente com a equipe odontológica.

Mas já foi possível observar bons resultados desta intervenção, pois 10 usuários tiveram o tratamento odontológico concluído assim como a avaliação da necessidade de prótese e, ainda, avaliação de risco para saúde bucal. A avaliação da mucosa ocorreu em todos os usuários atendidos até então. Estes dados apesar de insatisfatórios, foram importantes pois a saúde bucal em nosso bairro era inexistente. Precisamos continuar o contato constante com a equipe de saúde bucal e melhorar os dados em relação às visitas domiciliares de usuários com dificuldade de locomoção e também em relação aos acamados. O grande ponto para resolução desses problemas é a reativação do consultório odontológico em nossa Unidade de saúde. Desta forma, viabilizaremos o atendimento mais rápido de todos os usuários.

Outro ponto negativo foi em relação ao exame da tireoide, pois o município até o momento, não estava realizando o THS. Os pacientes recorriam a laboratórios particulares para obtê-lo.

Na nona semana de intervenção tivemos um problema sério em nossa Unidade. Devido a uma forte chuva no início da semana, houve uma pane

elétrica no posto que danificou todos os ar condicionados. Também o sistema de esgoto, que é ineficiente do bairro, causou vazamentos em duas salas. Por esse motivo tivemos que atender nossos pacientes agendados no centro paroquial da igreja do bairro São José.

3.3 DIFICULDADES ENCONTRADAS NA COLETA E SISTEMATIZAÇÃO DE DADOS RELATIVOS À INTERVENÇÃO

A nossa maior dificuldade encontrada com a sistematização de dados foi com a correta apresentação dos gráficos. Durante o fechamento dos dados referentes à planilha de coleta de dados final, os gráficos não ficaram com o eixo y em 100%, essa variação dificultava a análise, pois os gráficos estavam com percentuais máximos diferentes, como 20%, 120%. Mas essa dificuldade foi superada com a colaboração do suporte dado pelo curso.

3.4. ANÁLISE DA VIABILIDADE DA INCORPORAÇÃO DAS AÇÕES PREVISTAS NO PROJETO À ROTINA DO SERVIÇO

Nossa percepção é de melhoria no atendimento a todos os usuários de nossa unidade de saúde, colaboração de todos os profissionais, agentes de saúde e de nossa enfermeira, que sempre promoveu reuniões para avaliações dos trabalhos e alcance das metas propostas. As ações sociais que desenvolvemos estimularam não só os membros da equipe, mas como também os usuários. Este tipo de engajamento deve contagiar mais agentes sociais e gerar estímulos de melhoria para o serviço.

Para um melhor acolhimento e desenvolvimento de nossas metas, precisamos urgentemente de melhorias na estrutura arquitetônica da USF, em razão dos diversos problemas estruturais já bastante criticados e revistos na análise situacional. Já relatamos todos estes pontos para o gestor durante algumas reuniões que participamos todos os meses em conjunto com nossa supervisora.

A perspectiva que os dados continuem melhorando nos impulsiona para um atendimento cada vez melhor. Os usuários se mostraram, em sua grande

maioria, satisfeitos. Assim, a equipe está trabalhando com a sensação de dever cumprido, e notamos que conseguimos êxito na implementação do programa de Atenção à Saúde dos Idosos. As ações vão continuar, e já se pensa em levar algumas melhorias, como por exemplo, o constante monitoramento dos registros, para ações de atenção a outros grupos na unidade de saúde.



4 AVALIAÇÃO DE INTERVENÇÃO

4.1 RESULTADOS

Objetivos: Ampliar a cobertura de acompanhamento de idosos.

Metas: Ampliar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde para 25%.

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

A área de abrangência da Unidade Básica de Saúde São José é composta de 5228 habitantes, sendo que a população idosa (adultos de 60 ou mais anos de idade), cadastrada recentemente no SIAB é de 682 pessoas.

Durante o primeiro mês de intervenção foram atendidos 64 usuários, o que corresponde (9,4%) do total. Já no término do segundo mês, evoluiu para 104 usuários, progredindo de forma satisfatória. Ao fim do projeto, 190 usuários idosos (27,9%) haviam sido atendidos, ultrapassando a meta proposta que era a cobertura de 25% da população idosa, como mostra o gráfico na página seguinte.

Esta meta foi atingida sem muita dificuldade, graças ao empenho de toda a equipe de saúde da unidade básica. Houve um fator que contribuiu muito para o êxito nessa meta, a organização de prontuários com todos os usuários idosos cadastrados no programa.

Vale ressaltar que, apesar de já cadastrados, esses usuários não dispunham de fato, de um programa de atenção à saúde do idoso como orienta o caderno de atenção básica à saúde do idoso organizado pelo Ministério da Saúde. Portanto, não só avançou-se no atendimento desses usuários, como também, se iniciou uma estratégia importante de acolhimento dessa parte da população na área.

No início do trabalho, aconteceu a capacitação de toda a equipe de saúde, abordando os principais temas relacionados à saúde do idoso, assim como todos os exames clínicos e laboratoriais. Foram entregues os formulários sobre as orientações nutricionais e também sobre a avaliação da funcionalidade familiar para todos os agentes de saúde. Cada ponto dos formulários foi discutido e revisado para uma melhor abordagem.

Realizou-se o estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática: incluindo a profissional da pequena farmácia; enfermeira; os agentes de saúde; auxiliar de enfermagem; e o pessoal da recepção.

Durante as primeiras semanas, foram encontradas poucas dificuldades, sendo estas, mais relacionadas a questões de adaptação com os vários tipos de exames clínicos específicos da paciente idoso, além do correto preenchimento e avaliação da caderneta do idoso, tanto pelo médico, enfermeira e auxiliar de enfermagem.

Entre as ações que facilitaram o trabalho, estão as constantes reuniões que se sucederam semanalmente com todos os agentes de saúde e demais integrantes para análise e discussão sobre o andamento do projeto. Todos participaram ativamente, contribuindo para a melhoria das ações estratégicas, na medida em que, os problemas iam surgindo.

As ações voltadas à saúde do idoso se incorporaram naturalmente à rotina da unidade, apesar das condições inapropriadas do posto, no que diz respeito ao acolhimento humanizado. Barreiras arquitetônicas e culturais ainda permanecem na unidade, no entanto, aos poucos, estão sendo vencidas com o empenho e engajamento de todos.

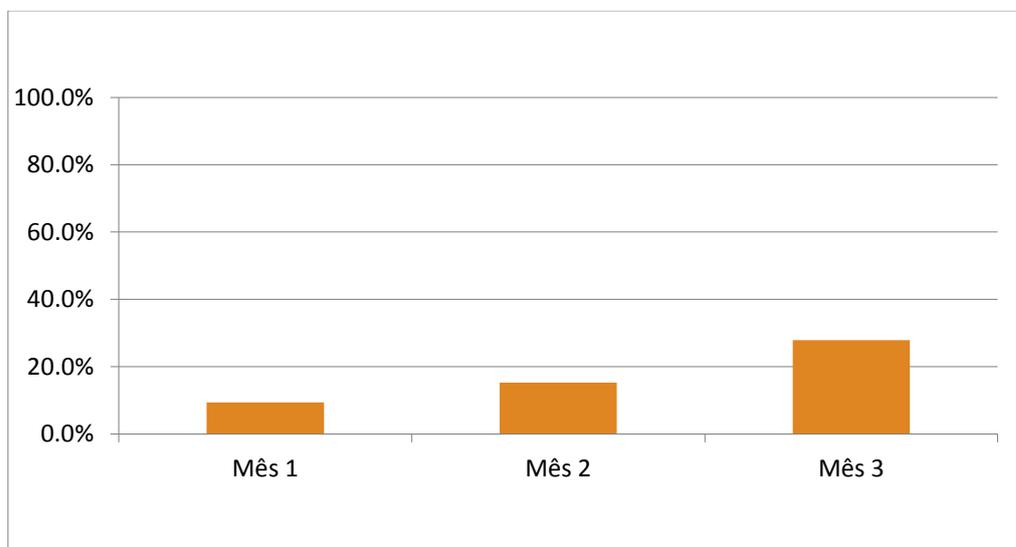


Figura 1. Evolução mensal da cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde. Planilha de coleta de dados, 2013.

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

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

Esta meta foi realizada com sucesso graças ao empenho, em especial, de todos os agentes comunitários de saúde que possuíam o cadastro de todos os usuários de suas respectivas áreas de abrangência.

Antes do início do projeto os agentes de saúde visitaram os domicílios e anotaram todos aqueles usuários que se encontravam acamados ou possuíam dificuldades de locomoção. Desta forma, pode-se conhecer melhor àqueles usuários mais necessitados, e a partir de então, estabelecer melhor uma estratégia de visitas e atendimentos.

No primeiro mês cadastrou-se 18 usuários (48%), já no segundo mês esse número chegou a 28 (66,9%). Ao final da intervenção, haviam sido cadastrados 50 usuários (119,5%), um número maior do que o estimado para nossa área.

O cadastro desses usuários ocorria semanalmente, na medida em que alguns usuários com mais idade apresentavam-se com dificuldade de locomoção, desta forma, solicitavam seus agentes de saúde para agendarem uma visita domiciliar, ou mesmo tornavam-se acamados, necessitando de nossa visita mais rapidamente.

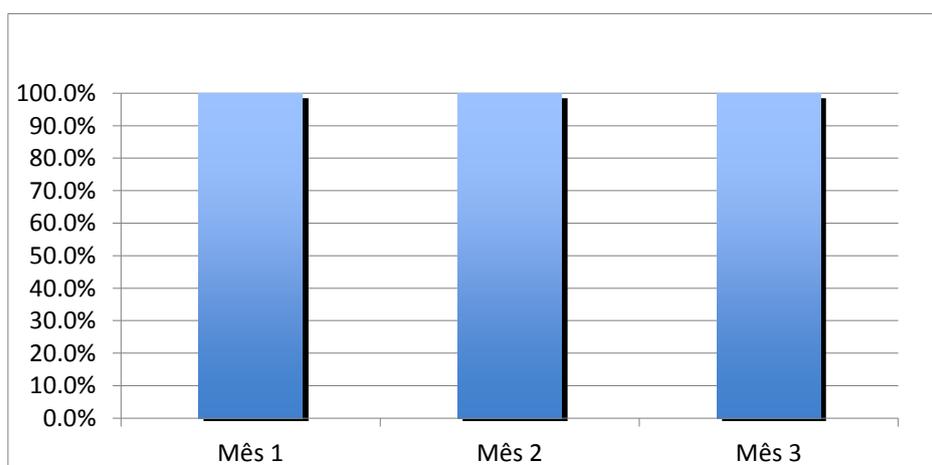


Figura 2. Evolução mensal da proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados. Planilha de coleta de dados, 2013. **OBS: número estimado de idosos acamados: 42(8% da população total).**

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

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

Realizou-se visita domiciliar a todos os usuários cadastrados na área. Ao final do último mês de intervenção visitou-se 50 (100%) dos usuários acamados ou com dificuldade de locomoção.

No decorrer da intervenção, foi observado que muitos usuários faltaram à consulta agendada. Na verdade, vários se tornaram acamados ou estavam com dificuldade de locomoção, o que incentivou a equipe a programar novas visitas durante a semana para reavaliação dos casos e recondução do processo terapêutico.

Esta meta foi bastante incentivada não só pelo médico, mas também pela enfermeira que sempre esteve presente durante as visitas. Graças ao excelente trabalho dos agentes comunitários de saúde todos os usuários acamados puderam ser reavaliados e ainda foi possível estabelecer a continuidade do uso de medicamentos essenciais para hipertensão ou diabetes.

Sempre foram realizadas visitas domiciliares às terças-feiras, das quais participavam o agente comunitário da área, a enfermeira, o médico, a auxiliar de enfermagem ou a responsável pela farmácia. Não houve problemas em relação ao motorista que fazia a condução no carro da secretaria de saúde, este sempre esteve presente logo pela manhã nos dias marcados.

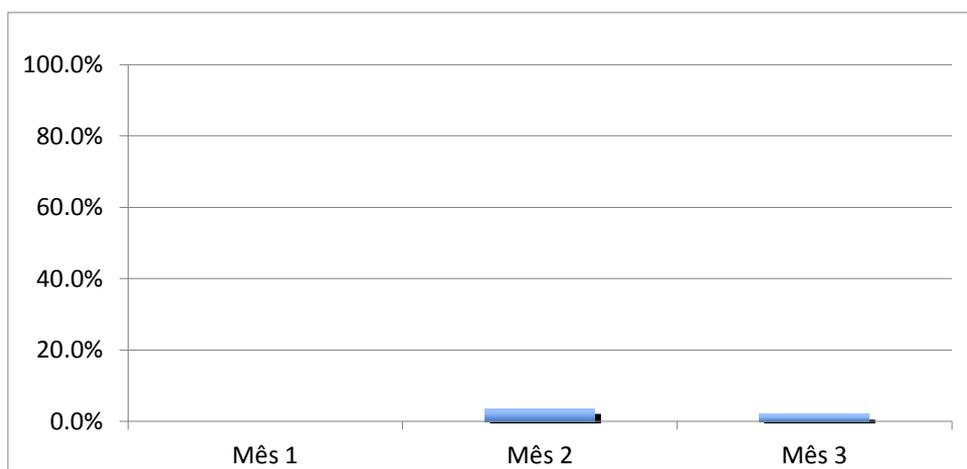


Figura 3. Evolução mensal da proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados. Planilha de coleta de dados, 2013.

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

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

Esta meta foi plenamente desenvolvida durante o processo de intervenção. Já no primeiro mês rastreou-se 64 (100%) usuários cadastrados na unidade básica. No segundo mês aumentou para 104 (100%) usuários. E finalmente no mês seguinte, haviam sido rastreados o total de 190 (100%) usuários.

Todos os 190 usuários foram submetidos à aferição da pressão arterial com esfigmomanômetro portátil que recentemente havia sido calibrado. Estas medidas sempre ocorriam após pelo menos 20 minutos de descanso do paciente e de forma correta. Lembrando ainda que a aferição correta das medidas pressóricas foi mostrada e treinada durante a primeira semana de capacitação. Sempre eram realizadas pela auxiliar de enfermagem.

Além de ser monitorada mensalmente a pressão arterial em todos os usuários, com exceção daqueles faltosos à consulta programada, orientava-se a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade. Orientou-se também a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de Hipertensão Arterial Sistêmica e doenças cardiovasculares relacionadas em todas as consultas clínicas.

Não houve dificuldade para atingir desta meta, visto que o acolhimento desenvolvia-se normalmente durante a chegada dos usuários no posto de

saúde. A pequena sala de procedimentos era utilizada para este fim. Os dados referentes às medidas pressóricas eram anotados tanto na ficha espelho como também nos prontuários dos usuários para controle e observação de todos, além da própria caderneta de saúde da pessoa idosa no item “meu controle da pressão arterial”.

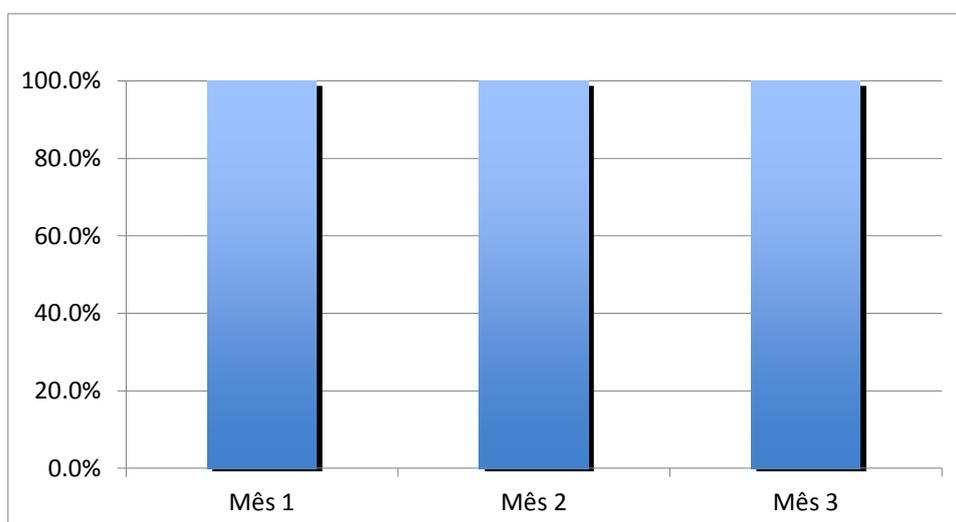


Figura 4. Evolução mensal da proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta. Planilha de coleta de dados, 2013.

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

Indicador: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

Esta meta foi bastante almejada durante as consultas clínicas pela importância do acompanhamento daqueles usuários portadores de várias comorbidades incluindo o diabetes mellitus.

Rastrearam-se todos os indivíduos com pressão sustentada maior ou igual a 130/80mmhg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica no primeiro, segundo e terceiro mês de intervenção, portanto, 100% dos usuários. No primeiro mês observamos que 42 usuários foram rastreados para diabetes. No segundo mês se observou a evolução para 72, e finalmente 126 usuários.

Foi melhorado o acolhimento para os idosos portadores de diabetes mellitos, pois se garantiu material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde. Este material nunca faltou em no posto e sempre era

realizado pela auxiliar de enfermagem assim que o paciente chegava na unidade.

A comunidade foi orientada sobre a importância do rastreamento para o diabetes mellitus em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica durante as consultas clínicas e durante as palestras realizadas no decorrer da intervenção. Assim como, sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de diabetes mellitus, por exemplo: obesidade, falta de exercícios físicos, dieta inadequada e história familiar positiva.

Durante a capacitação, realizada no início da intervenção, foi acordado com a equipe da USF, a realização do hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, bem como nos houve melhor organização em relação ao acolhimento daqueles usuários que chegavam em jejum para a realização do exame. Todos os dados eram anotados na ficha espelho e também no prontuário do paciente para acompanhamento mensal.

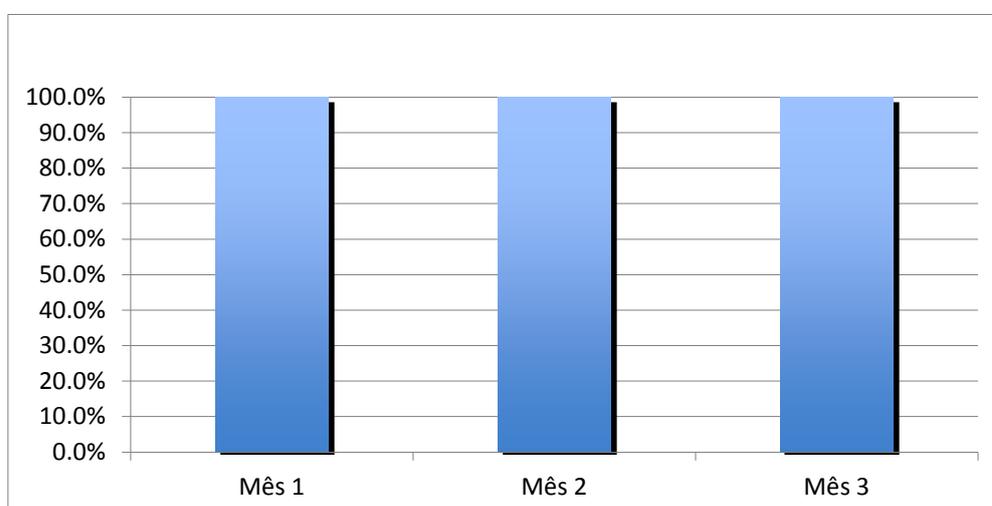


Figura 5. Evolução mensal da proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes. Planilha de coleta de dados, 2013.

Meta: Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para 15% dos idosos (com elaboração de plano de tratamento).

Indicador: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

Durante grande parte da intervenção, houve dificuldade de agendar consulta para a equipe de saúde bucal, pois a mesma não se encontrava instalada em na unidade básica. A odontóloga e sua equipe trabalhavam em posto diferente, situado em bairro vizinho.

Este fator contribui decisivamente para os índices ruins encontrados no primeiro mês de intervenção (0%) e segundo mês (7%) de usuários com primeira consulta odontológica programada.

Com a persistência da equipe para resolver este problema, e tão logo a equipe odontológica se organizara nesse sentido, conseguiu-se melhorar a assistência bucal dos usuários e até mesmo cumprir a meta proposta, que era ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para 15% dos idosos, com elaboração de plano de tratamento. Chegou-se ao final do terceiro mês de intervenção a 63 (33,2%) usuários encaminhados ao serviço.

Foi possível também monitorar o número de idosos cadastrados na unidade em acompanhamento odontológico no período, pois foi feito o anexo de um formulário especial à ficha espelho desses usuários, informando a data das consultas e se haviam realizado procedimentos odontológicos.

Muito ainda precisa ser resolvido e melhorado em relação à assistência bucal na área de abrangência, como a capacitação da equipe para realizar acolhimento do idoso de acordo com o protocolo adequado, além de capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico.

Durante a capacitação inicial, discutiu-se com os agentes comunitários de saúde e com a enfermeira, uma estratégia para captação de idosos e encaminhamento à saúde bucal. No entanto pelos motivos já apresentados, esse serviço ficou prejudicado nos meses iniciais.

A melhoria da infra-estrutura da unidade de saúde, maiores investimentos na área e apoio do gestor, podem ser decisivos para a ampliação da saúde bucal, ainda que se tenha alcançado a meta inicial. Pois essa solução encontrada momentaneamente não resolve o problema de falta de equipe de saúde bucal na unidade.

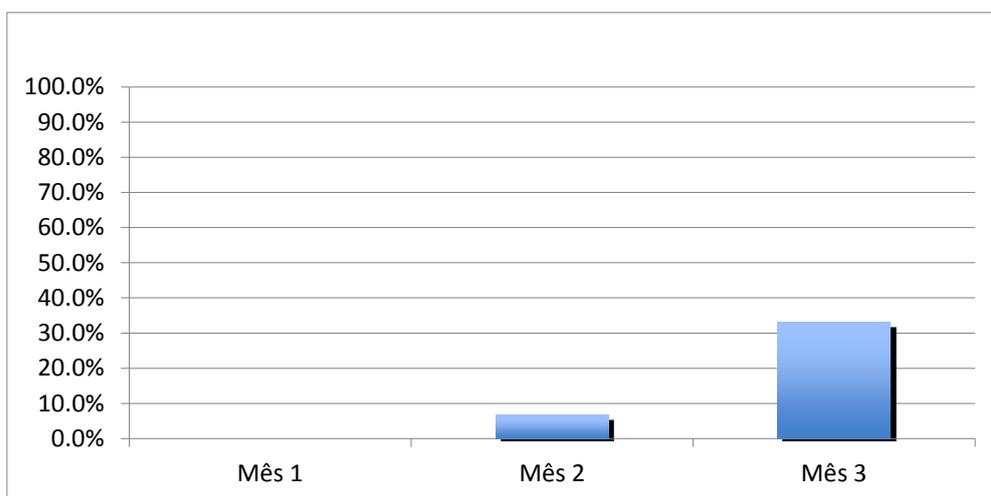


Figura 6. Evolução mensal da proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática. Planilha de coleta de dados, 2013.

Meta: Fazer visita domiciliar odontológica de 100% dos idosos acamados ou com dificuldade de locomoção.

Indicador: Proporção de idosos acamados ou com dificuldade de locomoção que receberam visita domiciliar odontológica.

Devido à dificuldade encontrada no atendimento odontológico, devido à falta de equipe de saúde bucal, apenas 01 paciente acamado se beneficiou da assistência domiciliar odontológica durante todo o processo de intervenção. Especificamente, uma paciente que se encontrava em estado avançado de doença neurológica.

No primeiro mês cadastrou-se 18 usuários acamados ou com dificuldade de locomoção, pois não havia o apoio odontológico, logo o índice foi zerado (0%). No segundo mês, já contava-se com 28 usuários cadastrados e somente estes foram atendidos, contabilizando portanto (3,6%) do total. Ao final da intervenção, quando o acompanhamento chegou à 50 usuários acamados ou com dificuldade de locomoção, estabeleceu-se a proporção de (2,0%) de idosos acamados ou com dificuldade de locomoção que receberam a visita odontológica.

A funcionalidade do programa de saúde da família foi bastante prejudicada pela distância entre as equipes e pela pouca interação dos agentes envolvidos. Alguns outros atendimentos odontológicos ocorreram após a conclusão da intervenção, juntamente com a participação da equipe do posto.

Ouvir a comunidade sobre estratégias para melhorar acessibilidade e atendimento, esclarecer idosos, familiares e cuidadores sobre a importância da saúde bucal em idosos em cuidados domiciliares, além de capacitá-los através de palestras, é também um ponto que precisa ser abordado e incentivado.

Capacitar a equipe para esclarecer à comunidade a importância do atendimento em saúde bucal de idosos em cuidados domiciliares, capacitar os agentes comunitários de saúde para realização de buscas de idosos em cuidados domiciliares, qualificar a equipe para realizar procedimentos clínicos odontológicos nos domicílios, poderá ser estimulado pelos gestores e por nossa própria equipe.

A intervenção dos gestores é crucial para aproximar as equipes e, para que juntos, se estabeleça uma estratégia mais produtiva e permanente.

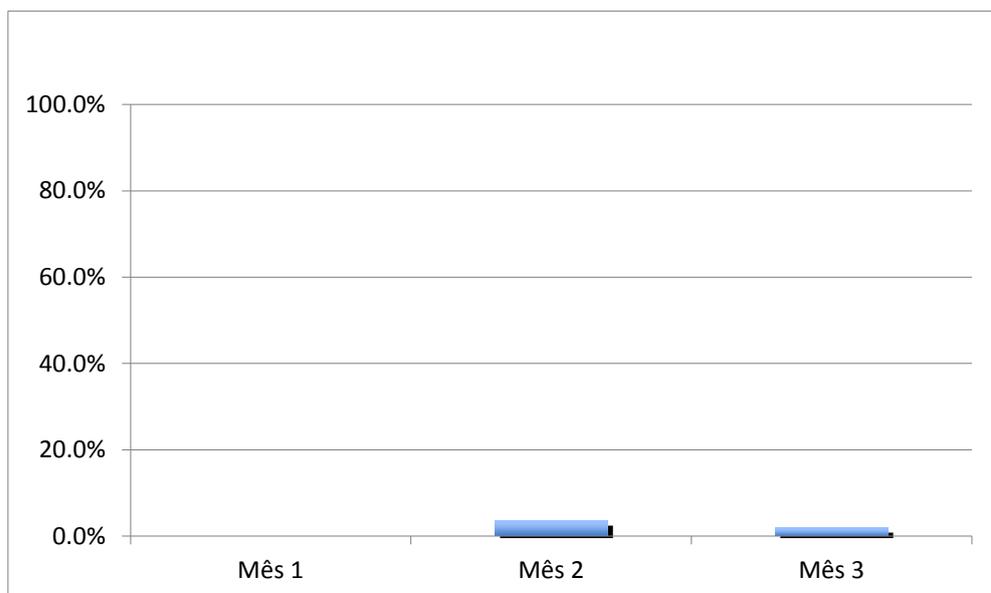


Figura 7. Evolução mensal da proporção de idosos acamados ou com dificuldade de locomoção que receberam visita domiciliar odontológica. Planilha de coleta de dados, 2013.

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

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

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

Durante o primeiro mês de intervenção foram atendidos 64 usuários idosos cadastrados no programa e não houve falta na consulta programada. A partir do segundo mês se observou que 53 usuários faltaram à consulta agendada e todos eles (100%) receberam busca ativa. No final do terceiro mês de intervenção, constatou-se 81 faltas agendadas. Todos estes usuários (100%) receberam busca ativa pela equipe.

Através da organização das fichas espelho em pastas nominadas pelo agente comunitário de saúde específico, pode-se rapidamente identificar aqueles usuários faltosos e marcar uma nova consulta.

O bom resultado desta ação estratégica se deu em virtude de reuniões semanais com os agentes comunitários e demais integrantes da equipe. Os agentes visitavam as casas dos usuários e novamente convidavam para a consulta na unidade, motivando-os e alertando-os em relação a importância e da constância do serviço de saúde.

Através das visitas semanais realizadas, foi identificado que muitas faltas estavam relacionadas à dificuldade de locomoção desses usuários ou mesmo por se tornarem acamados. Outros muitos casos ainda se relacionavam à demora do sistema municipal em entregar os exames solicitados.

Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas e ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos idosos deverá ser uma meta perseguida e melhorada.

Quando ocorreram as palestras no salão paroquial da igreja local, a comunidade foi orientada sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas, e a necessidade de comparecimento a estas, mesmo sem os exames laboratoriais em mãos. Este tipo de ação ainda deve continuar para diminuir a quantidade de idosos faltosos.

Na medida em que serão cadastrados mais usuários, deve-se definir com a equipe a periodicidade das consultas além do treinamento dos agentes comunitários e demais membros do posto para um melhor acolhimento.

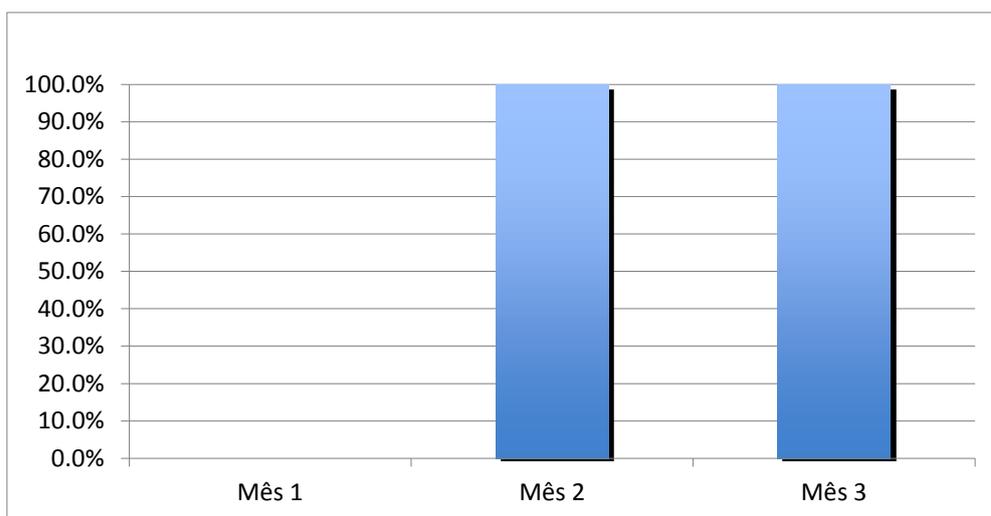


Figura 8. Evolução mensal da proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa. Planilha de coleta de dados, 2013.

Objetivo: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na unidade de saúde

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

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

No primeiro mês de intervenção verificou-se a avaliação multidimensional da pessoa idosa de 64 (100%) dos usuários cadastrados no programa. No final de segundo mês, este padrão manteve-se, com a avaliação e cadastramento de 104 (100%) usuários. Apenas no termino do terceiro mês, não aconteceu a avaliação de todos, 190 inscritos(81,6%) foram atendidos nessa ação, pois alguns atendimentos ocorreram no salão paroquial, em lugar não muito apropriado para a realização do mesmo, ou porque alguns usuários mostravam-se acamados dificultando a análise.

Os profissionais foram capacitados para o atendimento dos idosos de acordo com o caderno de atenção ao idoso do Ministério da Saúde na palestra inicial e apresentou-se para todos os profissionais do posto àqueles exames que seriam solicitados e exames clínicos preconizados.

Definiu-se as atribuições de cada profissional da equipe na avaliação multidimensional rápida dos idosos, ficando a cargo do médico e enfermeira a

avaliação da nutrição, visão, questionamento em relação a incontinência urinária atividade sexual, humor e depressão, cognição e memória, avaliação dos membros inferiores e superiores, atividades diárias, domicílio e quedas.

Os agentes comunitários de saúde, ao visitarem cada domicílio, questionavam através de questionário organizado, o suporte social, dados sobre o domicílio do idoso e também orientavam sobre a nutrição mais adequada para diabéticos e hipertensos.

Garantiu-se a obtenção dos recursos necessários para aplicação da avaliação multidimensional rápida em todos os idosos como balança, antropômetro, fitas métricas e tabelas para análises específicas.

A avaliação multidimensional da pessoa idosa foi um grande fator de melhoria na assistência básica de nossa área de abrangência, na medida em que rastreou-se diversas patologias e comorbidades que ainda não haviam sido identificadas.

Muitos pacientes tiveram a possibilidade de tratamento na própria Unidade Básica de Saúde e outros foram encaminhados para o serviço especializado. Durante este período também foi necessário o apoio do NASF através de fisioterapeutas e psicólogos.

O Treinamento da equipe para o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas é uma meta que precisa ser melhorada e pode ser impulsionada com a construção por parte do gestor, da academia de Saúde do Idoso, uma obra que já se iniciou e que teve vida através de nossos incentivos.

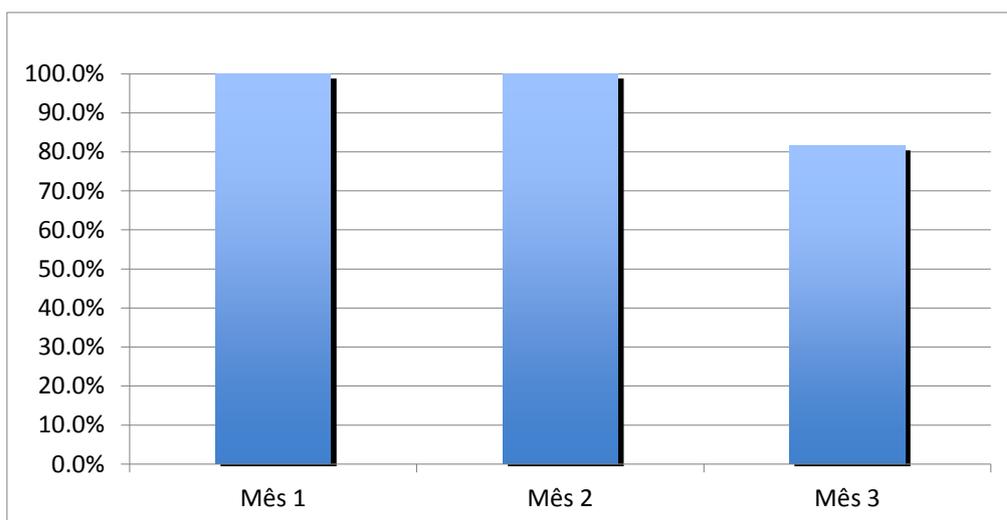


Figura 9. Evolução mensal da proporção de idosos com avaliação multidimensional rápida em dia. Planilha de coleta de dados, 2013.

Meta: Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 03 meses para diabéticos.

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

Todos os exames clínicos como exame dos pés, palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso, medida da sensibilidade, medida de pressão arterial, avaliação do índice de massa corpórea, peso e altura, perímetro braquial, avaliação nutricional e sobre o condicionamento físico, foi realizado em todos os 64 (100%) dos idosos no primeiro mês, nos 104 (100%) no segundo mês e nos 190 (100%) no final do terceiro mês de intervenção.

Em todos os usuários idosos hipertensos ou diabéticos avaliou-se também a possibilidade de lesões em órgão alvo e foram anotados os dados laboratoriais para a estratificação de risco cardiovascular através dos critérios de Framingham.

Definiram-se as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e diabéticos já na palestra inicial, e também foi garantida a busca aos idosos que não realizaram exame clínico apropriado para que fossem feitos na próxima consulta.

Durante a palestra realizada pela enfermeira, esta orientou os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas

decorrentes dessas patologias e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Muitos usuários idosos foram referenciados ao cardiologista e ao neurologista durante esses meses, no entanto, houve dificuldades em relação à contra-referência por parte dos especialistas e falta de relatórios adequados. Um sistema de prontuários eletrônicos, e incentivo da gestão poderiam melhorar o acolhimento e garantir o princípio da integralidade.

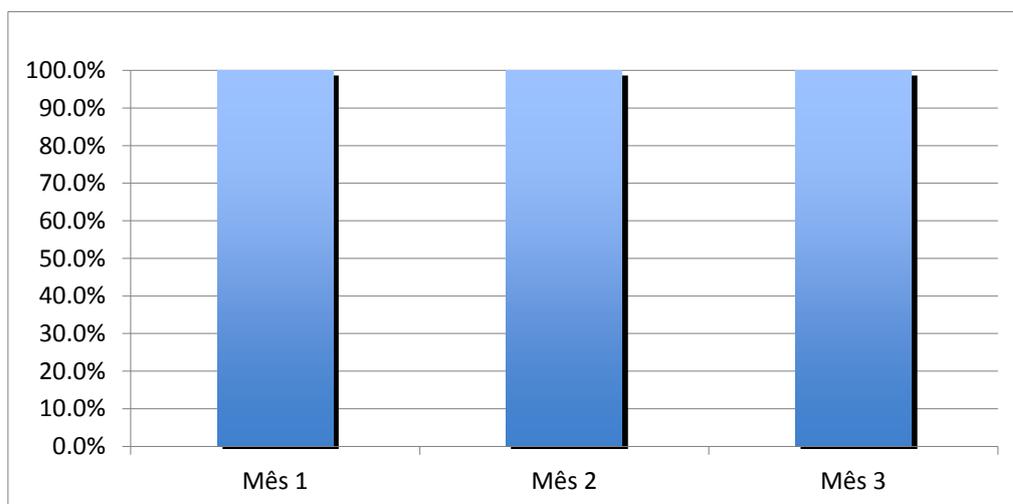


Figura 10. Evolução mensal da proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia. Planilha de coleta de dados, 2013.

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

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

No primeiro mês de intervenção foram atendidos 41 usuários portadores de hipertensão e/ou diabetes cadastrados na unidade de saúde, quando solicitou-se exames complementares para todos os 41(100%) inscritos. No segundo mês, evoluiu para 74 (100%). No final do terceiro mês de intervenção obteve-se 135 (100%) de usuários que estavam com solicitação de exames complementares periódicos em dia. Um excelente trabalho já que existem 82 usuários cadastrados no programa de HIPERDIA entre 132 diabéticos e 337 hipertensos.

Os exames solicitados foram os preconizados pelo caderno de atenção básica à Saúde do Idoso do Ministério da Saúde: glicemia de jejum, hemoglobina glicosilada, colesterol total, HDL colesterol, LDL colesterol, triglicerídeos, creatinina sérica, potássio sérico, sumário de urina, microalbuminúria, proteinúria de 24 horas, TSH, eletrocardiograma e hemograma completo.

Realizou-se a solicitação de exames complementares mesmo durante as palestras no salão paroquial para aqueles usuários faltosos às consultas clínicas como forma de incentivo e realização dos mesmos. Desta forma todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos cadastrados tiveram oportunidade de marcá-los.

Nesse período ocorreram dificuldades em relação à marcação dos exames da tireoide e eletrocardiograma, motivo pelo qual atrasou a ida de muitos usuários idosos ao posto de saúde.

Através da anotação sistemática dos resultados na ficha espelho, a equipe ficou em alerta para os casos de não realização dos exames complementares preconizados em relação a muitos usuários. Sempre que voltavam para a consulta agendada, eram observadas as anotações e sempre ocorria o incentivo para a sua realização além de orientação sobre a periodicidade necessária.

Algumas visitas foram realizadas junto ao gestor municipal. A equipe solicitou a criação de um laboratório municipal, onde os exames básicos poderiam ser realizados sem maiores transtornos ou apelo único à iniciativa privada.

Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo será um dos maiores desafios para o futuro.

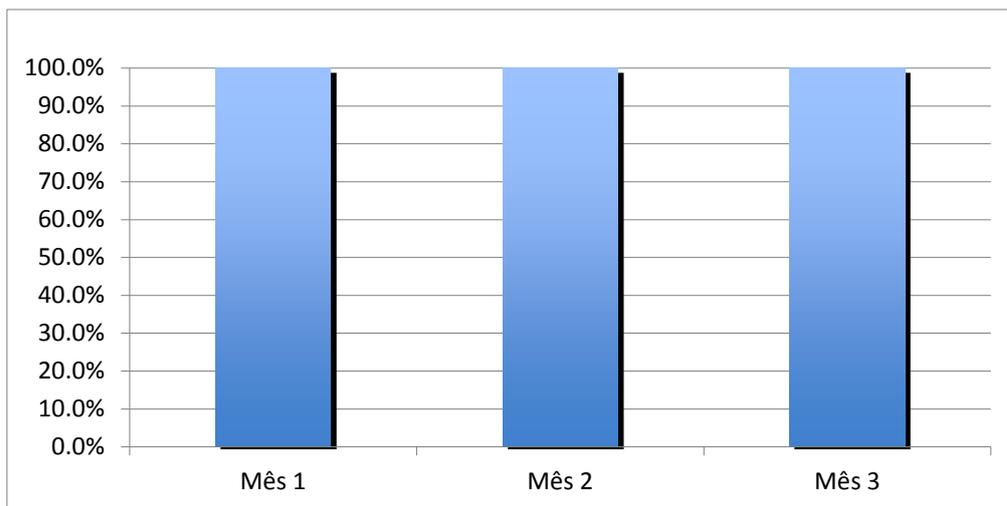


Figura 11. Evolução mensal da proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia. Planilha de coleta de dados, 2013.

Meta: Avaliar acesso aos medicamentos prescritos em 100% dos idosos (considerar os idosos sem prescrição medicamentosa como com acesso a medicamentos).

Indicador: Proporção de idosos com acesso aos medicamentos prescritos.

Esta meta foi cumprida sem maiores dificuldades durante todo o período de intervenção. No primeiro mês registrou-se 64 (100%) usuários com acesso aos medicamentos prescritos. Esse dado evoluiu para 104 (100%) no segundo mês e 190 (100%) ao final do terceiro mês de intervenção.

Não houve falta ou atraso dos medicamentos essenciais durante esta fase, facilitando as prescrições e entregas dos medicamentos. E quando algum medicamento que era prescrito não existia na unidade, todos os usuários eram informados a procurarem a farmácia popular, como alternativa para obter este acesso.

A responsável pela pequena farmácia da Unidade Básica de Saúde teve grande importância no controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos e manutenção dos registros das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Durante o retorno dos usuários idosos para a consulta agendada, acontecia o questionamento sobre a tomada dos medicamentos e se tiveram dificuldade de acesso. Esses dados também eram registrados no prontuário de

cada paciente, além do registro específico na folha espelho, contendo a data, medicamento, apresentação e dia prescrito. Um controle bastante satisfatório para acompanhamento dos mesmos.

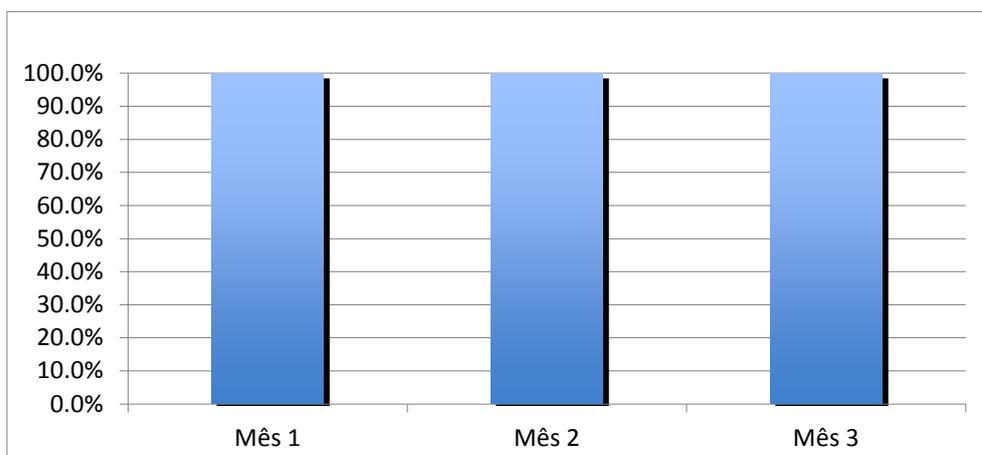


Figura 12. Evolução mensal da proporção de idosos com acesso aos medicamentos prescritos. Planilha de coleta de dados, 2013.

Meta: Concluir o tratamento odontológico em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática.

Indicador: Proporção de idosos com tratamento odontológico concluído

Esta meta não pôde ser atingida, pelas mesmas dificuldades já expostas no indicador referente à cobertura do atendimento odontológico. Muitos usuários só puderam ser encaminhados para o serviço de odontologia a partir do segundo mês de intervenção. No primeiro mês, nenhum paciente foi cadastrado e, portanto, o índice esteve zerado (0%) para idosos com tratamento odontológico concluído. No segundo mês, a unidade conseguiu o apoio de uma equipe de odontologia de outra USF, encaminhou-se então 07 usuários para o serviço e 1 (14,3%) teve o tratamento concluído. No final do terceiro mês e ao fim da intervenção, estavam 63 idosos com consulta odontológica programada e 9 (14,3%) com tratamento concluído.

O controle desses usuários era organizado em folha própria e anexado na ficha espelho para observação, tão logo o paciente voltasse para a consulta clínica agendada. A equipe confirmava a conclusão do tratamento odontológico através de reunião mensal com a equipe de odontologia. Organizou-se um encontro com a equipe de saúde bucal no salão paroquial do bairro, onde a comunidade foi esclarecida sobre a importância da consulta odontológica e de se concluir o tratamento. O Monitoramento da proporção dos idosos que

acessam o serviço odontológico que tem o tratamento odontológico concluído deverá ser mais organizado na unidade, na medida em que melhore o serviço odontológico, com a implantação de uma equipe de saúde bucal, prioritariamente.

Foi solicitada a melhora e incorporação do serviço de odontologia junto a Unidade Básica de Saúde do bairro São José para o gestor municipal e já se tem notícia de que uma nova unidade de saúde será construída em breve. Dessa forma espera-se que seja garantido o material necessário para o atendimento, assim como o oferecimento de serviços diagnósticos e de referência para reestabelecimento da saúde bucal de toda a população.

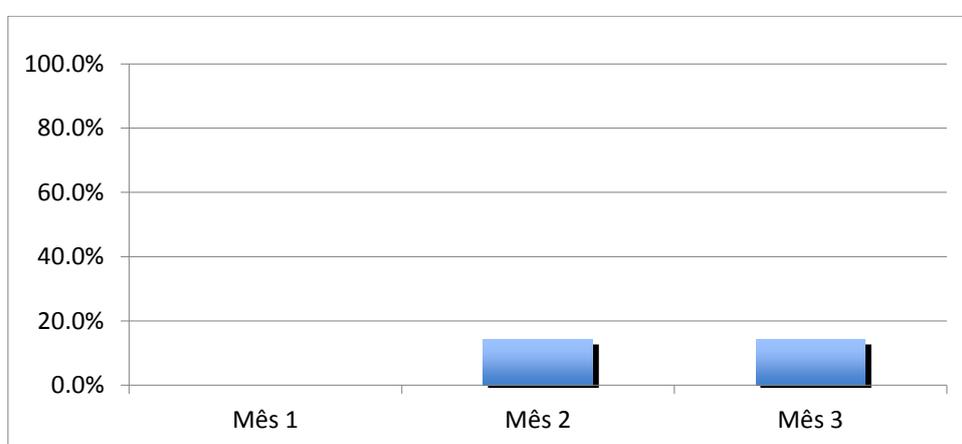


Figura 13. Evolução mensal da proporção de idosos com tratamento odontológico concluído. Planilha de coleta de dados, 2013.

Meta: Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% dos idosos cadastrados.

Indicador: Proporção de idosos com avaliação de alterações de mucosa bucal em dia.

Avaliaram-se alterações na mucosa bucal de 64 (100%) idosos cadastrados no primeiro mês de intervenção, evoluíram para 104 (100%) no segundo mês e finalmente 190 (100%) usuários atendidos.

Todos tiveram suas mucosas avaliadas para doenças como lesões suspeitas de malignidade, queilite actínica, herpes labial, úlceras traumáticas, pênfigo vulgar, entre outras. Não houve nenhuma alteração importante que necessitasse encaminhamento para o centro de especialidades. Houve

esclarecimento à população sobre a importância do exame de mucosa pelo odontólogo durante as consultas.

Disponibilizar material informativo relativo ao autoexame da boca além de esclarecer a população sobre fatores de risco e a importância do autoexame da boca em palestras organizadas, poderá estimular e melhorar o quadro da saúde bucal em nossa área.

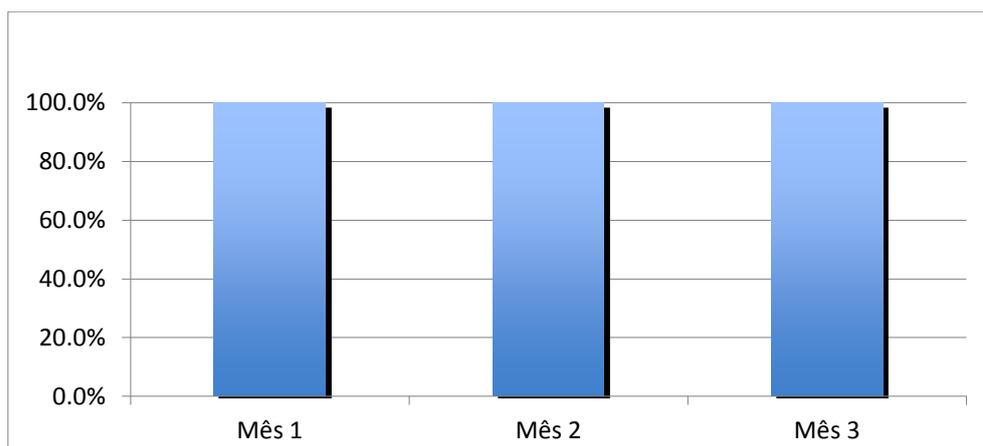


Figura 14. Evolução mensal da proporção de idosos com avaliação de alterações de mucosa bucal em dia. Planilha de coleta de dados, 2013.

Meta: Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica.

Indicador: Proporção de idosos com avaliação da necessidade de prótese em dia.

No primeiro mês de intervenção não foi possível desenvolver esta meta pelas dificuldades que de articulação com a equipe de saúde bucal. Neste mês o indicador ficou zerado 0 (0%) para usuários avaliados para necessidade de prótese dentária, evoluindo para 1 (14,3%) no segundo mês e finalmente 9 (14,3%) no final do terceiro mês de intervenção.

A grande dificuldade para que se atingisse esta meta foi a distância entre as equipes da unidade e a equipe de saúde bucal, pois esta última não atende na unidade de saúde da intervenção. Espera-se que com a construção da nova unidade de saúde, se estreitem os laços com a equipe de saúde bucal

e aumente a proporção de idosos com avaliação da necessidade de prótese em dia.

Esclarecer a população sobre o uso e manutenção de próteses dentárias, e sensibilizá-la através de palestras sobre a necessidade e o critério de hierarquização dos atendimentos em função da oferta dos serviços continuará como meta a ser vencida.

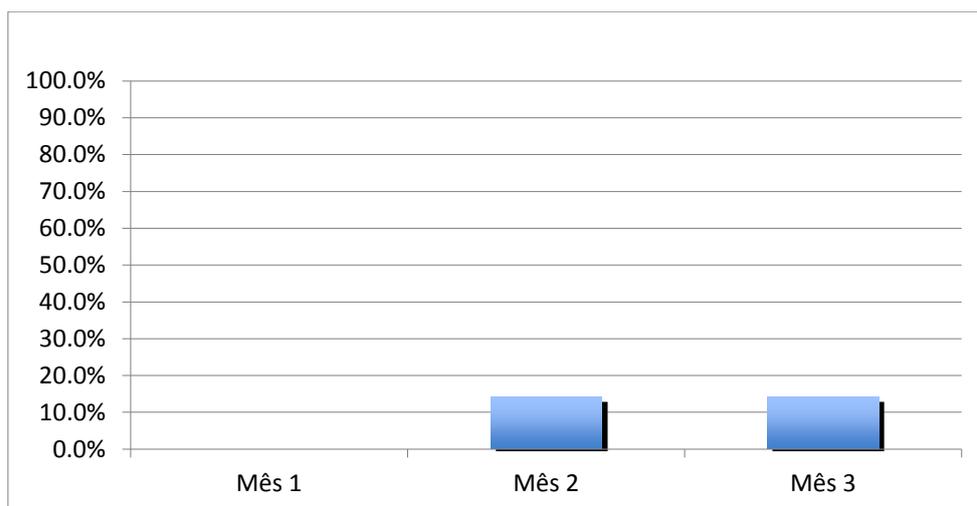


Figura 15. Evolução mensal da proporção de idosos com avaliação da necessidade de prótese bucal em dia. Planilha de coleta de dados, 2013.

Objetivo: Melhorar registros das informações.

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

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

Esta meta foi alcançada sem maiores dificuldades ao longo de toda a intervenção, pois se fazia a anotação sistemática de todos os dados na ficha espelho do paciente e organizávamos por pastas específicas, de acordo com seu agente de saúde.

No primeiro mês de intervenção manteve-se o registro específico de 64 (100%) pacientes, evoluindo para 104 (100%) no segundo mês, e 190 (100%) pacientes ao final da intervenção.

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 poderá ser instituída na medida que mais usuários forem cadastrados.

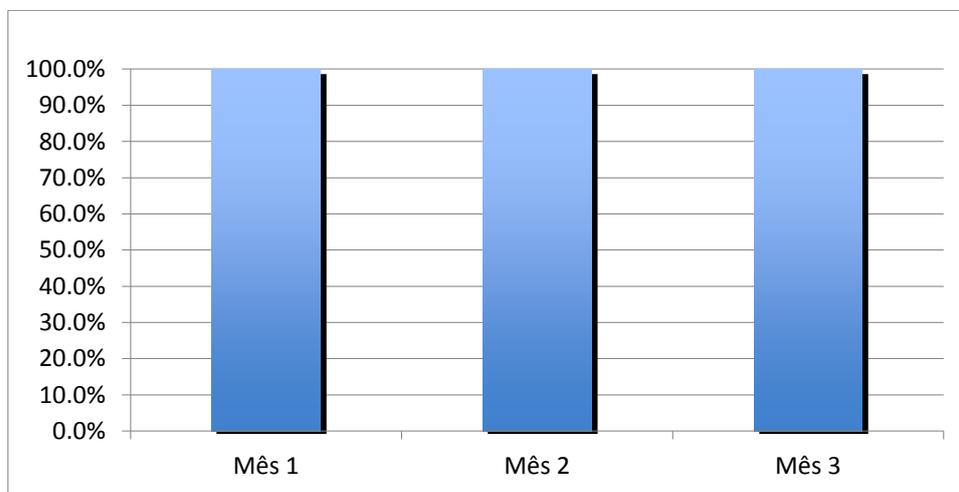


Figura 16. Evolução mensal da proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia. Planilha de coleta de dados, 2013.

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

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

Esta meta foi cumprida, pois todos os usuários receberam a caderneta de saúde da pessoa idosa. Tais cadernetas foram entregues assim que o paciente chegava à unidade de saúde e eram anotadas e conferidas tanto pelo médico como pela auxiliar de enfermagem. Da mesma forma, todos os agentes de saúde observavam os dados contidos na caderneta quando visitavam os usuários em seus domicílios. A enfermeira também desenvolvia esta função, quando durante suas consultas anotava qualquer dado que ainda não tivesse sido realizado.

No primeiro mês de intervenção cadastraram-se 64 (100%) usuários com posse da caderneta. No segundo mês aumentou para 104 (100%) usuários, e finalmente, no terceiro mês se chegou a 190(100%) idosos em posse de sua caderneta.

Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via, se necessário, durante as palestras é meta para futuras ações.

Durante a capacitação inicial que se realizou foi treinada a equipe para o preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos, especificamente na Caderneta da Pessoa Idosa.

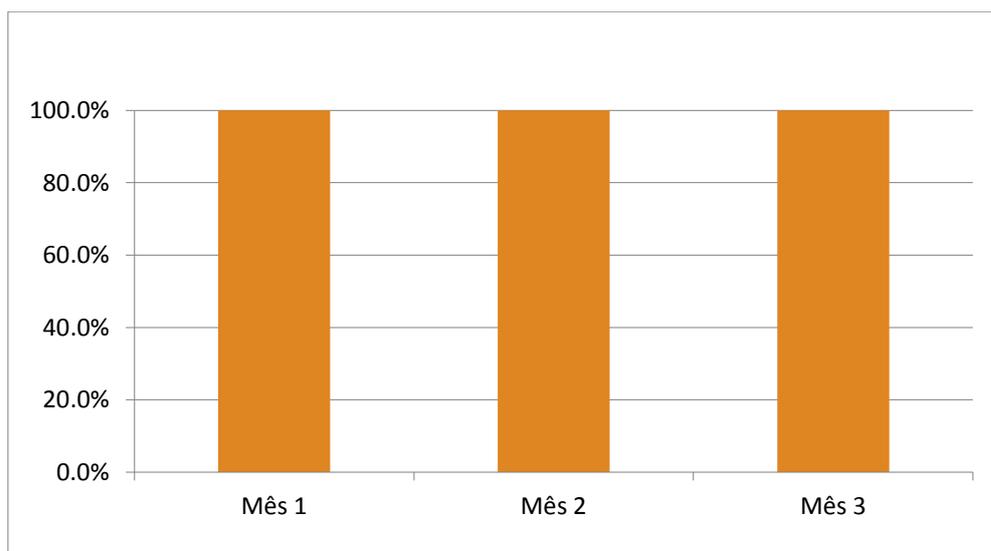


Figura 17. Evolução mensal da proporção de idosos com caderneta de saúde da pessoa idosa. Planilha de coleta de dados, 2013.

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

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

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

Esta meta foi vista de forma animadora no decorrer da intervenção, se for considerado o tempo de intervenção de apenas 12 semanas, e o fato do projeto se tratar de uma implantação do serviço de atenção aos idosos na unidade. Pode-se inferir que os dados contam com bom índices. Já no primeiro mês rastreou-se 24 (37,5%) dos 64 usuários idosos cadastrados para risco de morbimortalidade segundo os critérios de risco de Framingham. No segundo mês evoluiu para 66 (63,5%) dos 104 usuários cadastrados. No terceiro e

últimos mês de intervenção chegou-se a 100 (52,6%) dos 190 idosos cadastrados.

Muitos usuários ainda não haviam levado os exames complementares necessários para a completa avaliação de risco. Portanto, estes índices ainda melhoraram nas semanas que se seguiram.

Priorizou-se o atendimento do idoso de maior risco de morbimortalidade, solicitando sua presença de forma mais regular no posto de saúde e agendando seu retorno. Aconteceu a orientação também de todos eles sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentava alto risco.

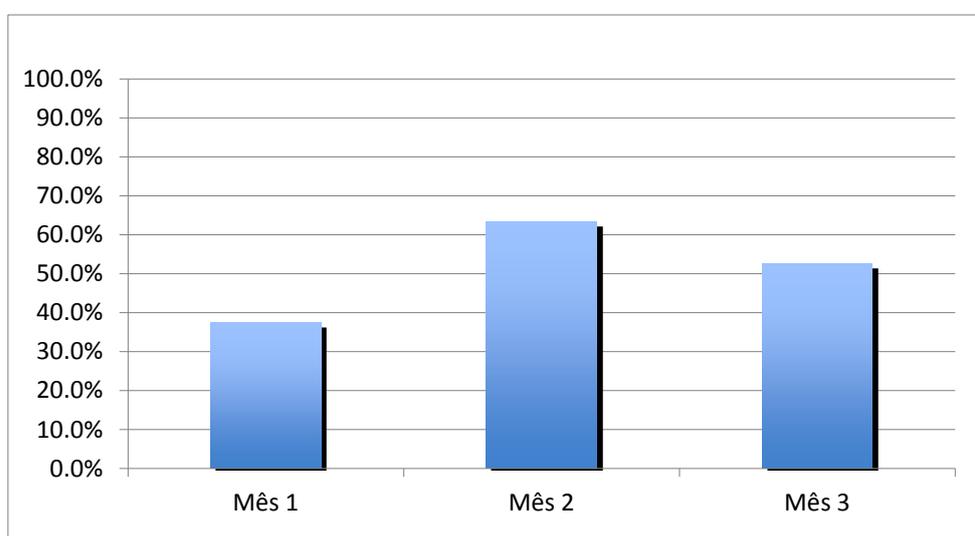


Figura 18. Evolução mensal da proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia. Planilha de coleta de dados, 2013.

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

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

No primeiro mês de intervenção cadastrou-se 64 usuários idosos e já foi possível avaliar 55 (85,9%) desses para aspectos de fragilização. No segundo mês evoluiu para 104 cadastramentos, onde 86 (82,7%) foram avaliados adequadamente. No final da intervenção, já existiam no cadastro 190 idosos, e

destes, 119 (62,6%) já estavam com a avaliação para fragilização na velhice em dia.

A falta de muitos usuários às consultas agendadas, além da dificuldade de realização de alguns exames importantes como a densitometria óssea, dificultou a avaliação mais precisa em relação a esses aspectos do envelhecimento, e dessa forma, não foi viável atingir a meta proposta.

Ocorreu a capacitação dos profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice já na palestra inicial para toda a equipe de saúde, além de orientação dos idosos fragilizados sobre a importância do acompanhamento mais freqüente.

Com a melhoria na disponibilidade de exames pelo município, além da manutenção da análise da caderneta de saúde da pessoa idosa durante todas as consultas na unidade de saúde, a equipe será capaz de melhorar paulatinamente estes dados e desta forma poder orientar os idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais freqüente.

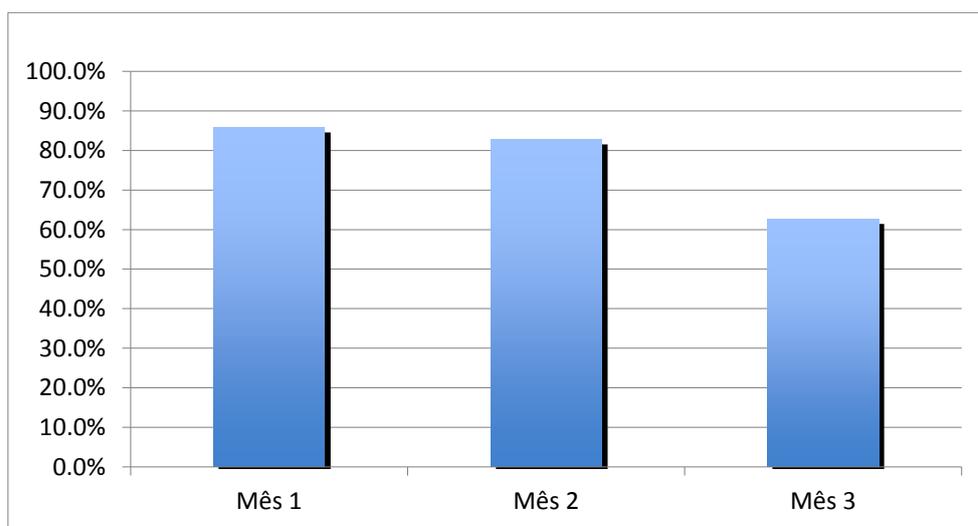


Figura 19. Evolução mensal da proporção de idosos com avaliação da fragilização na velhice em dia. Planilha de coleta de dados, 2013.

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

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

Através da avaliação da funcionalidade familiar e realização do teste de Apgar de família realizado pelos agentes comunitários durante toda a

intervenção, foi possível conhecer melhor grande parte da estrutura social dos idosos da USF.

Já no primeiro mês de intervenção, dos 64 usuários cadastrados, 55 (85,9%) tiveram avaliação da rede social. No segundo mês, evoluiu para 86 (82,7%) dos 104 idosos cadastrados. No final do terceiro mês de intervenção, haviam sido cadastrados 190 usuários idosos e 119 (62,6%) tiveram avaliação de rede social em dia.

Uma explicação para o fato de não alcance da meta proposta foi um problema grave de saúde por que passou um dos Agentes Comunitários de Saúde, dificultando assim, a manutenção dos trabalhos durante as visitas. Nas semanas seguintes, esses dados melhoraram e continuam progredindo.

Orientar os idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na unidade de saúde, além de estimular na comunidade a promoção da socialização da pessoa idosa e do estabelecimento de redes sociais de apoio, devem ser medidas estratégicas adotadas para melhorar o serviço e humanizar a saúde.

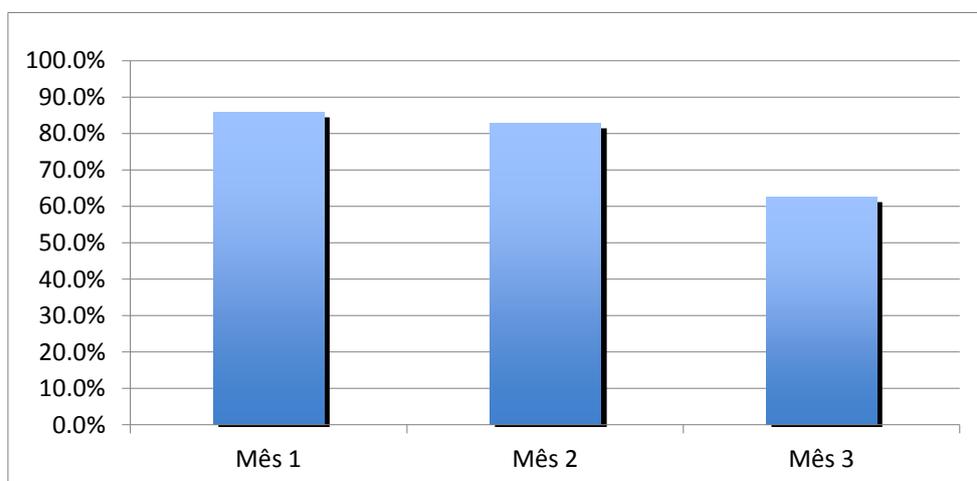


Figura 20. Evolução mensal da proporção de idosos com avaliação da rede social em dia. Planilha de coleta de dados, 2013.

Meta: Realizar avaliação de risco em saúde bucal em 100% dos idosos.

Indicador: Proporção de idosos com avaliação de risco em saúde bucal em dia.

Durante o primeiro mês de intervenção nenhum paciente foi encaminhado ao serviço de odontologia, o que corresponde a 0% na avaliação

de risco para saúde bucal. No segundo mês de intervenção, quando acordou-se com a equipe de saúde bucal uma quantidade de usuários a ser atendida semanalmente, pode-se então, encaminhar 07 usuários, mas ainda não obteve-se naquele momento os dados sobre a avaliação de risco, permanecendo então com 0%. Somente no final do terceiro mês, quando já haviam sido encaminhados 63 usuários para o serviço, se observou junto aos protocolos da equipe de saúde bucal que 11 (17,5%) usuários tinham sido avaliados pela equipe.

Durante a palestra que aconteceu no salão paroquial, oportunamente orientou-se a comunidade sobre os fatores de risco para saúde bucal e suas consequências.

Estes dados podem melhorar com a aproximação das equipes em um único centro, onde desta forma, poderá haver a articulação das ações estratégicas como um todo.

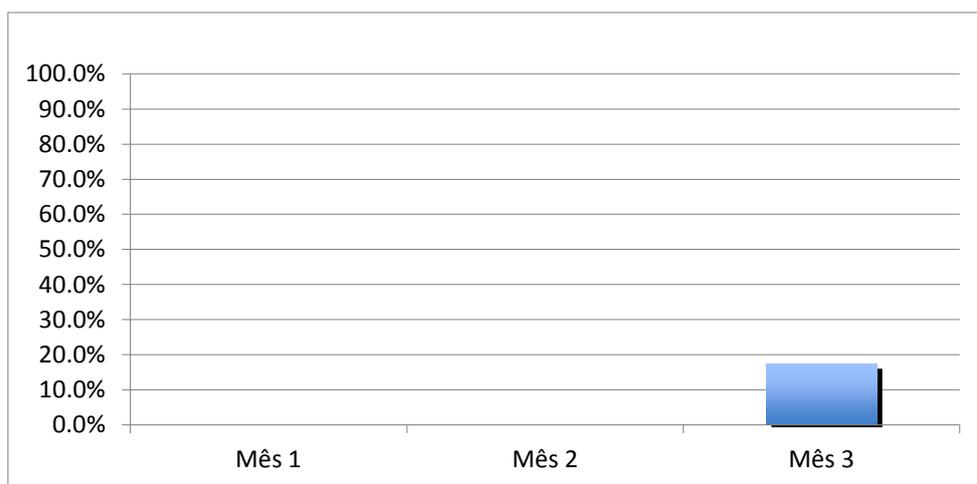


Figura 21. Evolução mensal da proporção de idosos com avaliação de risco em saúde bucal em dia. Planilha de coleta de dados, 2013.

Objetivo: Promover a saúde.

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

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

No primeiro mês de intervenção dos 64 usuários cadastrados, todos (100%) tiveram orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis. No

segundo mês evoluiu para 104 idosos cadastrados, e a cobertura continuou com sua totalidade (100%). No final da intervenção alcançou-se 190 de idosos no cadastro, e ainda todos receberam tais orientações (100%).

Todos os agentes comunitários de saúde receberam apostila impressa do ministério da saúde contendo informações nutricionais importantes para todos os idosos e, sobretudo, para aqueles portadores de diabetes e Hipertensão Arterial Sistêmica. Foram capacitados a orientar os usuários idosos sempre que visitavam seus domicílios. Além disso, também o médico e enfermeira orientaram os usuários durante suas consultas clínicas habituais.

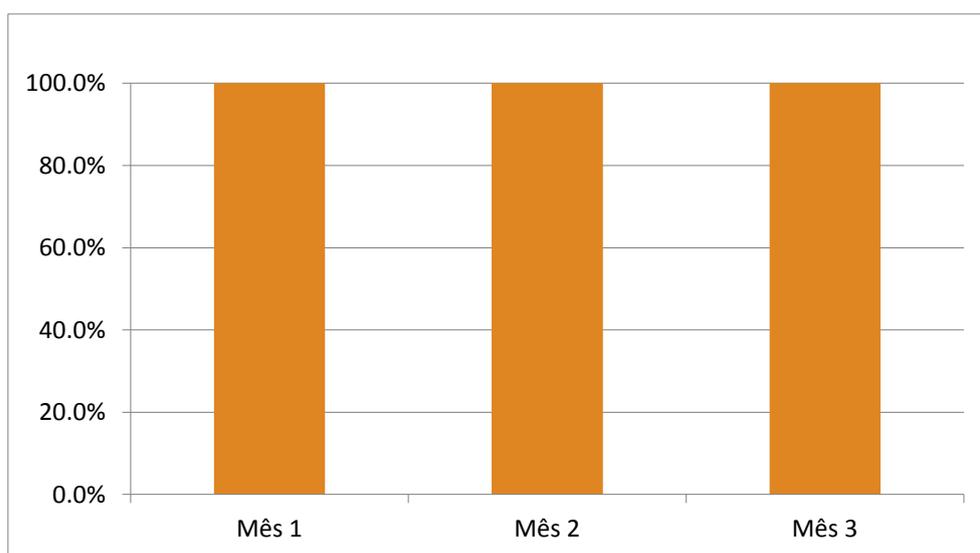


Figura 22. Evolução mensal da proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis. Planilha de coleta de dados, 2013.

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

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

Nos três meses de intervenção a meta foi alcançada em sua plenitude, quando, todos os idosos cadastrados receberam orientações para a prática de atividades físicas regulares. O quantitativo de idosos evoluiu paulatinamente, pois a atenção à Saúde do Idoso foi implantada na unidade somente com a implementação do projeto. Assim, aconteceu de tal forma: 64 idosos

cadastrados no primeiro mês; 104 no segundo mês; e por fim, 190 idosos cadastrados no terceiro mês.

Tanto o médico, quanto a enfermeira orientaram os usuários durante suas consultas clínicas habituais e durante a palestra no salão paroquial da igreja da comunidade. Nessa ocasião, solicitaram a presença do educador físico, integrante da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, que também palestrou sobre o tema.

Ainda existem muitos idosos que não praticam atividades físicas por motivos culturais ou por dificuldade de deambulação. Solicitou-se ao gestor a criação da Academia de Saúde do Idoso que devera contribuir profundamente para as mudanças necessárias.

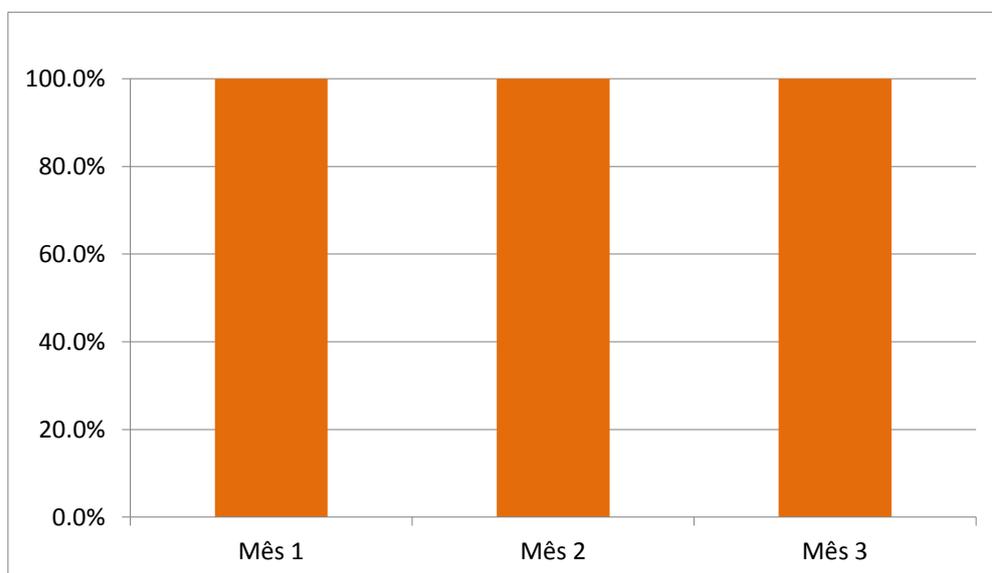


Figura 23. Evolução mensal da proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular. Planilha de coleta de dados, 2013.

Meta: Garantir orientações individuais sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados com primeira consulta odontológica programática.

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

Durante o primeiro mês de intervenção nenhum paciente foi encaminhado ao serviço de odontologia, o que corresponde a 0% de

orientações individuais sobre higiene bucal. No segundo mês de intervenção, quando se acordou com a equipe de saúde bucal uma quantidade de usuários a ser atendida semanalmente, pode-se encaminhar 07 usuários, e destes, 01 (14,3%) foi orientado adequadamente pela odontóloga. No final da intervenção quando já haviam sido encaminhados 63 idosos, 9 (14,3%) tiveram orientações individuais sobre higiene bucal adequadas de acordo com os dados da equipe de saúde.

Esta meta não foi alcançada pelos mesmos motivos já expostos, referentes à cobertura da saúde bucal dos idosos. Estes dados podem melhorar com a aproximação das equipes em um único centro, onde desta forma, poderá haver a articulação das ações estratégicas como um todo.

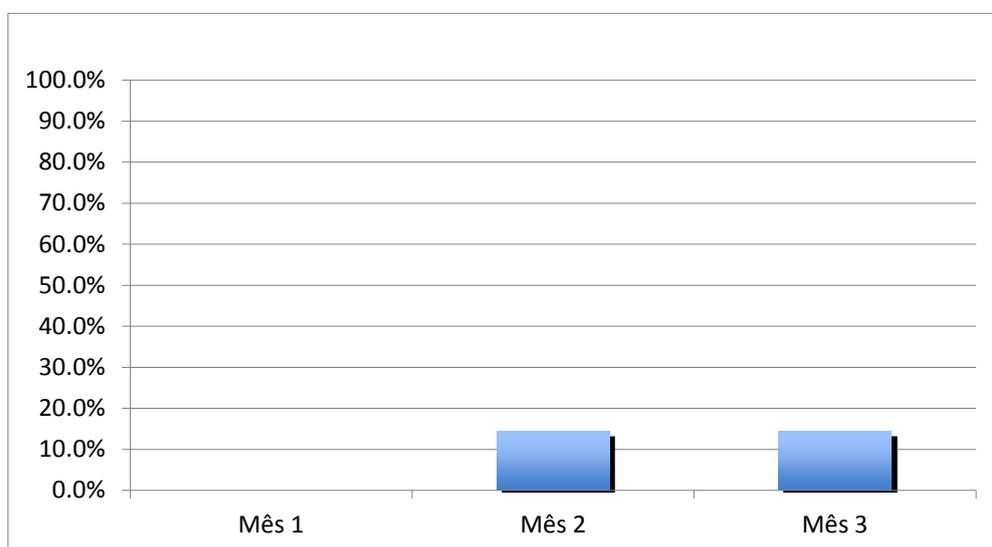


Figura 24. Evolução mensal da proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia. Planilha de coleta de dados, 2013.

Meta: Garantir ações coletivas de educação em saúde bucal para 100% dos idosos cadastrados.

Indicador: Proporção de idosos com participação em ações coletivas de educação em saúde bucal.

No primeiro mês de intervenção não se realizou ações coletivas em saúde bucal devido a dificuldade de contato e articulação com a mesma, desta forma, dos 64 idosos cadastrados, nenhum (0%) participou de ações coletivas. No segundo mês, quando existiam 104 usuários cadastrados, foi feita uma palestra no salão paroquial onde participou a odontóloga e sua equipe. Nesta

ocasião participaram 51(49,0%) usuários que receberam orientações em relação à saúde bucal. No final da intervenção, quando já estavam no cadastro 190 usuários idosos, observou-se que 51 (26,8%) participaram de ações coletivas.

Informar a população sobre a importância da participação nas atividades educativas, identificando junto à população temas de interesse a serem abordados nas palestras, deverá ser incentivado pela equipe para melhorar estes índices, já que não se alcançou a meta proposta. Da mesma forma, organizar temas de interesse para os idosos cadastrados no programa de saúde bucal e elaborar e programar uma seqüência de palestras para divulgação, poderá ser mais trabalhado a medida que ocorrerá a aproximação da equipe de saúde bucal.

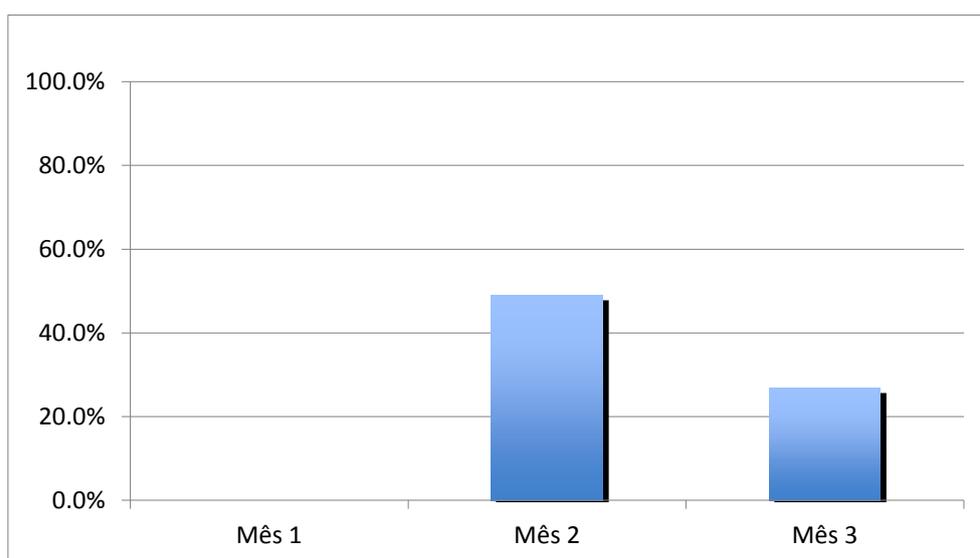


Figura 25. Evolução mensal da proporção de idosos com participação em ações coletivas de educação em saúde bucal. Planilha de coleta de dados, 2013.

4.2. DISCUSSÃO

A intervenção na Atenção à Saúde dos Idosos na Unidade Básica de Saúde São José propiciou o início do correto atendimento à população idosa, em virtude da não existência desse programa para este grupo de pessoas.

O desenvolvimento das atividades foi importante para o diagnóstico de várias alterações patológicas que só poderiam ser conhecidas se fossem

avaliados adequadamente os aspectos da nutrição, visão, audição, incontinência urinária, atividade sexual, aspectos psíquicos como humor e depressão, cognição e memória, avaliação dos membros superiores e inferiores, atividades diárias e o suporte social desses usuários.

Muitos problemas foram identificados e corrigidos. Outros mais complexos e que fugiam ao conhecimento da equipe foram avaliados por especialistas, a exemplo dos encaminhamentos de referência feitos para neurologista e cardiologista. Assim pode-se acompanhar e avaliar melhor os casos com que se deparava a equipe na rotina de atendimento e intervenção.

Iniciou-se e ampliou-se a cobertura de acompanhamento dos idosos na área, a medida que eram cadastrados todos os 190 idosos, durante os três meses de intervenção. Cadastraram-se todos os idosos acamados ou com problemas de locomoção, dentre os assistidos no período de intervenção, através do apoio dos Agentes Comunitários de Saúde. Além disso, foi realizada visita domiciliar para todos os idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Aconteceu o rastreamento de todos os usuários idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e ainda rastrearam-se todos os indivíduos com pressão sustentada maior ou igual a 130/80mmhg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica no primeiro, segundo e terceiro mês de intervenção.

Mesmo com muita dificuldade em relação à saúde bucal, foi possível iniciar um contato com uma equipe de saúde bucal que atende fora da unidade de saúde da intervenção, e estabelecer metas de atendimentos odontológicos para 63 usuários, marcando suas consultas, fazendo avaliação de necessidade de intervenção odontológica e promovendo educação em saúde bucal, além da visita domiciliar.

Melhorou a adesão dos idosos ao Programa de Atenção à Saúde do Idoso fazendo busca ativa semanal a todos aqueles faltosos às consultas agendadas, identificando suas dificuldades e procurando soluções, por exemplo: o atendimento feito na paróquia de uma igreja instalada na comunidade.

Melhorou e ampliou a qualidade da atenção ao idoso na unidade de saúde realizando a Avaliação Multidimensional Rápida de praticamente todos

os idosos cadastrados no programa utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

O médico e a enfermeira realizaram exames clínicos apropriados em todas as consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade. Assim como realizaram a solicitação de exames complementares periódicos para os idosos hipertensos e/ou diabéticos. Uma possibilidade de diagnosticar outras comorbidades e dá seguimento aos casos, diminuindo o fluxo de usuários em outros níveis de complexidade.

Avaliou-se o acesso aos medicamentos prescritos a todos os usuários idosos cadastrados, anotando adequadamente na caderneta de saúde da pessoa idosa.

Apesar das dificuldades em relação à equipe de saúde bucal, foi feita a avaliação das alterações de mucosa bucal em todos os idosos cadastrados em busca de lesões graves. Conquistou-se, com apoio da equipe odontológica, palestrar para muitos usuários incentivando as práticas de higienização, controle de próteses e visita periódica ao odontólogo.

Os registros das informações foram melhorados, através da anotação de todos os dados na ficha espelho do paciente e organização desta por pastas específicas. Desta forma conseguiu-se manter não só a organização, mas também um controle daqueles usuários faltosos às consultas agendadas. Assim semanalmente eram observados os registros e discutia-se com os demais membros da equipe o andamento da intervenção.

Foi distribuída a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa para todos os idosos cadastrados. SUSFtituiu-se também àquelas danificadas e orientou-se os idosos quanto a importância de sua posse e controle.

Grande parte dos usuários foi avaliada para risco de morbimortalidade, e depois tiveram exames solicitados para tal. Da mesma forma foram avaliados clinicamente e muitos foram encaminhados ao cardiologista para avaliações SUSFrequentes. Isto poderá trazer um impacto importante na morbidade e mortalidade por doenças cardiovasculares.

Investigou-se a presença de indicadores de fragilização na velhice em boa parte dos usuários assim como se avaliou sua rede social.

A equipe garantiu a orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e para a prática de atividades físicas a todos os idosos cadastrados e atendidos.

Para o serviço, a intervenção reviu as atribuições de cada membro da equipe, viabilizando a atenção a um maior número de pessoas. Proporcionou a interação mútua em relação a todos os integrantes do posto de saúde para um acolhimento mais eficaz. Distribuiu funções e estabeleceu metas. Organizou estratégias e estimulou ações. Contribuiu e incentivou a vinda e permanência dos usuários neste programa de atenção básica.

Dividiu-se os papéis de cada membro da equipe, cabendo ao médico a realização de exames clínicos gerais relacionados à avaliação multidimensional da pessoa idosa e solicitação de exames complementares específicos. Coube a enfermeira à reavaliação da propedêutica adotada, identificando outras alterações e avaliando a estratificação de risco para os portadores de hipertensão e diabetes, além da organização e realização de palestras nas datas programadas. A responsável pela farmácia proporcionou a entrega e controle dos medicamentos, mantendo um registro organizado da necessidade destes fármacos para os usuários diabéticos e hipertensos. A auxiliar de enfermagem foi responsável pela aferição da pressão arterial, hemoglicoteste e medidas antropométricas. Os agentes comunitários de saúde foram responsáveis pelo cadastramento dos pacientes, busca ativa dos faltosos, avaliação e acompanhamento dos dados anotados na carteira de saúde da pessoa idosa, além da avaliação da funcionalidade familiar. O responsável pela recepção organizou as pastas específicas com as fichas espelho e as mantendo-as disponíveis para consulta de todos os membros da equipe. Todos os profissionais da Unidade de Saúde foram responsáveis pela manutenção dos dados anotados na carteira de saúde de idoso.

A proximidade da equipe com o gestor proporcionou a melhoria de vários instrumentos dentro do posto de saúde como autoclave, aparelho de nebulização, ar condicionados, móveis para arquivos, mesas, computador, material de higienização e impressão de documentos necessários. A estreita relação que foi desenvolvida ao longo da intervenção, mostrou a necessidade de melhorias da infra estrutura da Unidade, manutenção da oferta e disponibilidade de medicamentos, além da criação de uma academia de saúde,

tão necessária para o estímulo às atividades físicas. Este vínculo garantiu melhorias no atendimento do usuário e realçou a governabilidade da equipe.

O impacto da intervenção foi grande e bastante percebido pela comunidade. Observou-se este aspecto durante todo este percurso, através da participação e do incentivo de muitos usuários que se sentiam mais acolhidos, como não estava acontecendo anteriormente, pela ausência de até mesmo um horário destinado a atender somente idosos.

Apesar do desenvolvimento e da ampliação do programa de saúde do idoso, muito ainda há o que melhorar em relação à saúde bucal. Pelo fato da equipe de saúde bucal funcionar em outro posto de saúde, dificulta-se a correta articulação com os demais programas realizados e com os outros membros de nosso posto. Mesmo já existindo uma pactuação favorável em relação ao atendimento odontológico de vários usuários por semana, a implementação da presença desta equipe junto à Unidade Básica poderá ser o próximo passo a ser buscado.

É preciso melhorar vários dados em relação ao condicionamento físico e alimentar dos idosos e, isto pode acontecer, com a criação da academia de saúde. Por fim, mais discussão em grupo e capacitações devem ser incentivadas não só no âmbito da Unidade Básica de Saúde, mas em outras esferas e instituições sociais. Como é o caso de articulações com outros grupos sociais, por exemplo, associação de moradores do bairro, tomando como referência a importante contribuição da igreja que cedeu um espaço para que fossem atendidos esses idosos e reunidos para coletivas quanto aos cuidados com a saúde.

A intervenção poderia ter sido facilitada se fosse dedicado maior empenho para aproximação com a equipe de saúde bucal. Poderia ter sido mais produtiva se houvesse um laboratório público eficiente que ofertasse e disponibilizasse os exames complementares em tempo hábil para todos. E ainda, se o serviço de referência e contra referência funcionasse adequadamente, proporcionando a complementariedade e integralidade da assistência.

As práticas desenvolvidas durante o processo de intervenção já se incorporaram naturalmente ao serviço. Todos os membros da equipe estão mais engajados aos seus deveres e passaram a estimular outras ações. No

entanto, algumas medidas importantes e necessárias devem ser tomadas com relação à organização dos prontuários clínicos e sua manutenção. É necessário continuar o processo de avaliação da funcionalidade familiar por parte dos agentes comunitários de saúde e incentivar progressivamente a visita odontológica para aqueles usuários acamados ou com dificuldade de locomoção.

A partir do projeto de intervenção, varias melhorias surgiram na Unidade de saúde São José. As atividades se incorporaram à rotina do serviço e devem prosseguir, alcançando de forma humanizada, um maior número de usuários. Há de se pensar também, na expansão da estratégia de saúde da família para outros programas básicos como a saúde da criança, que ainda é muito falha em nossa comunidade.

4.3 RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO PARA GESTORES

A equipe da Unidade Básica de Saúde São José desenvolveu durante os meses de setembro a novembro de 2013 um projeto de implantação do programa de Atenção à Saúde dos Idosos. A iniciativa foi do médico Pádua Antônio, então aluno de uma Especialização em Saúde da Família da UNASUS/UFPel, através do Programa de Valorização da Atenção Básica-PROVAB. A intervenção reviu as atribuições de cada membro da equipe, viabilizando a atenção à um maior numero de pessoas. Proporcionou a interação mútua em relação a todos os integrantes do posto de saúde para um acolhimento mais eficaz. Distribuiu funções e estabeleceu metas. Organizou estratégias e estimulou ações. Contribuiu e incentivou a vinda e permanência dos pacientes neste programa de atenção básica.

A intervenção na unidade propiciou o inicio do correto atendimento à população idosa, na medida em que não existia um programa específico voltado para esta população. De forma geral os trabalhos foram organizados e cumpridos sem maiores dificuldades. As ações como capacitação dos profissionais de saúde da USF sobre o protocolo de atenção à saúde do idoso, estabelecimento do papel de cada profissional no projeto, incluindo equipe de saúde bucal, cadastramento de todos os idosos da área no programa,

atendimento clínico dos pacientes idosos, incluindo avaliação geral e solicitação de exames, orientação de atividades físicas e nutricionais, palestra com grupo de idosos, capacitação dos agentes comunitários de saúde para realização de busca ativa de pacientes idosos faltosos e acompanhamento desses casos, rastreamento dos idosos para hipertensão e diabetes naqueles com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmhg e teste de glicemia na Unidade de saúde, avaliação do acesso aos medicamentos prescritos, visitas domiciliares pelos agentes comunitários de saúde, foram e estão sendo realizados e já se incorporaram à rotina de nossa unidade.

A intervenção, em nossa unidade básica de saúde, propiciou o início do correto atendimento à população idosa, na medida em que não existia um programa específico voltado para esta população. O desenvolvimento das atividades foi importante para o diagnóstico de várias alterações patológicas que só poderiam ser conhecidas se avaliássemos adequadamente os aspectos da nutrição, visão, audição, incontinência urinária, atividade sexual, aspectos psíquicos como humor e depressão, cognição e memória, avaliação dos membros superiores e inferiores, atividades diárias e o suporte social desses usuários.

Iniciamos e ampliamos a cobertura de acompanhamento dos idosos em nossa área. Cadastramos todos os idosos acamados ou com problemas de locomoção através do apoio dos nossos agentes comunitários de saúde. Além disso, realizamos visita domiciliar para todos os idosos acamados ou com problemas de locomoção. Ficamos com uma grande pendência durante praticamente toda a metade da intervenção em relação à saúde bucal, pois apesar de avaliarmos alterações na mucosa e necessidade de prótese, os usuários não foram encaminhados para consulta com a equipe de saúde bucal, pois o serviço funciona em outra unidade vizinha e termina atendendo praticamente apenas a população local. Dessa forma, a assistência odontológica e, conseqüentemente, as estratégias da equipe, ficaram prejudicadas pela distância e dificuldade de constante diálogo.

Apesar das dificuldades em relação à equipe de saúde bucal, avaliamos alterações de mucosa bucal em todos os idosos cadastrados em busca de lesões graves. Conseguimos, com apoio da equipe de outra unidade

odontológica, palestrar para muitos usuários incentivando a praticas de higienização, controle de próteses e visita ao odontólogo.

Nossa percepção é de melhoria no atendimento a todos os pacientes de nossa Unidade de saúde, colaboração de todos os profissionais, agentes de saúde e de nossa enfermeira, que sempre promoveu reuniões para avaliações dos trabalhos e alcance das metas propostas.

Um esforço urgente por parte da gestão deve ser direcionado para a assistência psiquiátrica de nossa área de abrangência pela imensa quantidade de usuários de medicamentos psicotrópicos ou com distúrbios psíquicos. A construção da Academia de Saúde poderia envolver outros agentes como educadores físicos e fisioterapeutas, além de outros voluntários, promovendo assim, um engajamento social contínuo.

A intervenção poderia ter sido facilitada se tivéssemos na unidade uma equipe de saúde bucal. Poderia ter sido mais produtiva se houvesse um laboratório publico eficiente que ofertasse e disponibilizasse os exames complementares em tempo hábil para todos. E ainda, se o serviço de referencia e contra referência funcionasse adequadamente, proporcionando a complementariedade e integralidade da assistência.

4.4 RELATÓRIO DE INTERVENÇÃO PARA A COMUNIDADE

Durante os meses de setembro e novembro foi realizada na USF São José uma intervenção, para melhorar o atendimento de todos os idosos do bairro. Esse projeto nasceu com a participação do médico da equipe Pádua Antônio, em uma pós-graduação em Saúde da Família. Depois que ele conversou com a equipe e fez um estudo na situação do posto, viu que as pessoas idosas ainda não tinham uma data certa na semana para serem atendidas e precisavam de uma atenção especial de toda a equipe e dos Agentes Comunitários de Saúde.

Antes do início do projeto de melhoria do atendimento ao idoso a equipe se reuniu e todo mundo conversou sobre quais são os exames que deveriam ser pedidos, qual era o melhor jeito de organizar os dias de atendimento, como os Agentes Comunitários de Saúde tinham que convidar os idosos para as

consultas no posto, e o que cada pessoa da equipe teria que fazer pra tudo acontecer com o maior sucesso.

Durante todas estas semanas percebemos que os medicamentos, foram entregues e poucos faltaram no posto. Todos os usuários tiveram sua medida da pressão arterial conferida, assim com o teste de glicemia quando necessário. As medidas de peso, altura e circunferência do braço foram realizadas habitualmente. Os prontuários cínicos e as fichas espelho foram diariamente preenchidas e organizadas em pastas específicas.

De forma geral os trabalhos foram organizados e cumpridos sem maiores dificuldades. As ações como capacitação dos profissionais de saúde da USF sobre o protocolo de atenção à saúde do idoso, estabelecimento do papel de cada profissional no projeto, incluindo equipe de saúde bucal, cadastramento de todas os idosos da área no programa, atendimento clínico dos pacientes idosos, incluindo avaliação geral e solicitação de exames, orientação de atividades físicas e nutricionais, palestra com grupo de idosos, capacitação dos agentes comunitários de saúde para realização de busca ativa de pacientes idosos faltosos e acompanhamento desses casos, rastreamento dos idosos para hipertensão e diabetes naqueles com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmhg teste de glicemia na Unidade de saúde, avaliação do acesso aos medicamentos prescritos, visitas domiciliares pelos agentes comunitários de saúde, foram e estão sendo realizados e já se incorporaram à rotina de nossa unidade.

A equipe da dentista fez muita falta durante a metade do projeto todo. Mesmo quando o médico e a enfermeira atendiam os idosos e olhavam como tava a situação da saúde da boda deles, ainda era preciso muitas vezes ir ao dentista. Mas a equipe do dentista atende em outro local.

Realizamos uma reunião com a equipe odontológica e fomos orientados a encaminhar alguns pacientes por semana somente a partir de novembro. Foi somente naquele mês que, iniciamos os trabalhos com a parceria da equipe de saúde bucal.

Promovemos uma palestra para 51 pacientes idosos no salão paroquial da igreja do bairro São José. Nesta ocasião, abordamos temas como alimentação saudável e importância da saúde bucal. Lembramos também que,

dois pacientes participaram ativamente da palestra mostrando dois cartazes que confeccionaram mostrando alimentos saudáveis e outros não saudáveis.

Nossa dentista participou com uma palestra sobre higienização bucal, e sobre a necessidade do tratamento e acompanhamento no serviço. Aproveitamos bem esta ocasião para incentivar nossos pacientes a irem ao consultório odontológico, e, a partir de então, passamos a encaminhá-los.

Nossa percepção é de melhoria no atendimento a todos os pacientes de nossa Unidade de saúde, colaboração de todos os profissionais, agentes de saúde e de nossa enfermeira, que sempre promoveu reuniões para avaliações dos trabalhos e atingimento das metas propostas.

É necessário também o apoio de todos os usuários que utilizam o sistema publico de nossa Unidade Básica para que juntos melhorem as condições de acesso e infraestrutura do posto. Isso pode acontecer através da participação da comunidade no conselho municipal de saúde e de solicitação direta para seus representantes legislativos, como também para o gestor municipal.

5. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE SEU PROCESSO PESSOAL DE APRENDIZAGEM

O curso de especialização em saúde da família da universidade federal de Pelotas se desenvolveu em um ambiente virtual de aprendizagem (AVA) utilizando o sistema Moodle. Neste ambiente, interagimos durante todo o ano, com outros profissionais e juntos construímos diversos conhecimentos inerentes à atenção básica, a partir de diferentes atividades propostas.

A partir de conhecimentos essenciais de nossa Unidade de Saúde como sua estrutura e barreiras arquitetônicas, pudemos discutir e trocar conhecimentos com diversos outros colegas que atuavam nas mais distantes e diferentes realidades sociais.

Através da análise situacional, fizemos uma reflexão crítica sobre as necessidades e limitações observadas, sua significação para a USF, para o usuário, e como elas afetam diretamente o nosso trabalho. Desenvolvemos vários estudos sobre como melhorar o acolhimento durante nossas atividades e estudamos as varias formas de engajamento público, enfrentamento das dificuldades e controle social. Todos esses temas foram expostos em um ambiente de troca de informações, que só enriquecia nossos estudos e nos mostrava diversas formas de como encarar esses grandes desafios.

Nossos orientadores tiveram grande importância em nosso processo de aprendizagem durante todo o curso, pois nos acompanhavam em todas as atividades, inclusive na elaboração do trabalho de conclusão, proporcionando um feedback em relação a todas as situações. Os diferentes textos disponibilizados nos enriqueceram de conhecimento e novas perspectivas para que pudéssemos ampliar a qualidade e a equidade do atendimento à saúde dos cidadãos.

Todas as atividades realizadas foram produtivas e gratificantes, contribuindo para a transformação do modelo de atenção. Diversos pontos estratégicos da atenção primária foram observados e estimulados, SUSFidiando o desenvolvimento institucional da Saúde da Família e a consolidação do SUS.

A modalidade de ensino a distância hoje é uma realidade bem definida e não pode mais ser considerada como ensino de baixa qualidade. O



desenvolvimento de tecnologias avançadas torna possível a capacitação desta forma, diminuindo os espaços e promovendo mais rapidez, precisão e comodidade para nós profissionais. Nossos usuários podem ter acesso mais rápido aos resultados de exames além de uma segunda opinião formativa.

Nossas expectativas foram satisfeitas, pois, durante esse grande percurso, desenvolvemos atividades enriquecedoras e ampliamos nossos conhecimentos. Adquirimos novos amigos e nos tornamos mais próximos de outros. Aprendemos a trabalhar de forma mais humanizada e estratégica. Transformamos realidades e incentivamos novas práticas de saúde e educação permanente.



REFERÊNCIAS

BRASIL. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. Brasília, 2010.

BRASIL. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.192 p.

GONÇALVES, LHT. et al. **Atividade física e estado de saúde mental de idosos**. Rev. Saúde Pública. 2008.



ANEXOS



**Departamento de
Medicina Social**
Universidade Federal de Pelotas



**Especialização em
Saúde da Família**



Ministério da
Saúde



Medicação de uso contínuo													
Data	Apresentação												
Hidroclorotiazida													
Captopril													
Propranolol													
Ezetimipi													
Atenolol													
Metformina													
Glibenclâmida													
Insulina NPH													

FLUXOGRAMA DOS EXAMES LABORATORIAIS													
Data													
Glicemia de Jejum													
HGT													
Hemoglobina glicosilada													
Coletor total													
HDL													
LDL													
Triglicérides													
Creatinina Sérica													
Potássio sérico													
Triglicérides													
ESU													
Influência urinar													
Proteína													
Corpos cetônicos													
Sedimento													
Microalbuminúria													
Proteína de 24h													
TSB													
ECG													
Hematócrito													
Hemoglobina													
VCM													
CHCM													
Plaquetas													



SAÚDE BUCAL DO IDOSO

Data de ingresso no programa: __/__/____. Nº do do proleário: _____ Cartão SUS: _____
 Nome: _____ Data de Nascimento: __/__/____
 Et de lego: _____ Nome do otador? () Sim () Não
 Nome do otador: _____ Telefone de contato: _____

Classificação de risco de cárie

Baixo risco	Risco moderado						Alto risco		
	A: ausência de cárie, sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca de cárie	A1: ausência de cárie, com presença de placa	A2: ausência de cárie, com presença de gengivite	B: presença de cárie restaurado, sem placa/gengivite e/ou sem mancha branca de cárie	B1: presença de cárie restaurado, com placa/gengivite	C: uma ou mais de cárie inativas, sem placa/gengivite e/ou sem mancha branca de cárie	C1: uma ou mais cáries inativas, com placa/gengivite	D: ausência de cárie, com presença de mancha branca de cárie	E: uma ou mais cáries ativas

Data	Presença de placa	Presença de gengivite	Presença de mancha branca	Presença de tratamento	Qualidade inativas	Qualidades ativas	Dor ou abscesso	Código de risco	Classificação de risco de cárie

Classificação de risco de doença periodontal

Baixo risco	Risco moderado			Alto risco		
	0: Sextante com periodonto sadio	X: Ausência de dentes no sextante	1: Sextante com gengivite	2: Sextante com cálculo supra-gengival	3: Sequela de doença periodontal anterior	4: Elemento com cálculo subgengival e com mobilidade rearsiva I ou sem mobilidade

Data	Sextante 1 (dentes 14)	Sextante 2 (dentes 11)	Sextante 3 (dentes 26)	Sextante 4 (dentes 34)	Sextante 5 (dentes 31)	Sextante 6 (dentes 46)	Pior condição	Classificação de risco doença periodontal



Classificação de risco das alterações de mucosas

Baixo risco	Risco moderado	Alto risco
D: Têddos normais	1: Alterações sem suspeita de malignidade, não contempladas no Código Z	2: Alterações com suspeita de malignidade. Úlceras com mais de 15 dias de evolução, com sintomatologia dolorosa ou não, bordas elevadas ou não; lesões brancas e negras com áreas ulceradas; lesões vermelhas com limites bem definidos, sugerindo eritroplastia; nódulos de crescimento rápido com áreas ulceradas.

Avaliação de risco odontológico

Avaliação de risco odontológico									
Data									
Risco de cárie dentária									
Risco de doença periodontal									
Risco de alteração de mucosa									
Condições das próteses									
Capacidade de auto-cuidado da saúde bucal									
Faltas: Intervenções na consulta odontológica									
Necessidade de tratamento									
Necessidade de atendimento domiciliar em saúde bucal									

Avaliação clínica odontológica

Avaliação clínica odontológica									
Data									
Primeira consulta odontológica programática									
Número estimado de consultas odontológicas									
Alteração de mucosa oral (tipo)									
Encaminhado para CEO (especificidades)									
Necessidade de confecção de prótese									
Tratamento concluído									
Data prevista para Retorno									

Monitoramento de atividades Educativas Individuais

Monitoramento de atividades Educativas Individuais									
Data									
Higiene bucal									
Cuidador e uso de prótese									
Orientações nutricionais									
Otras QIAs?									
Otras QIAs?									

ANEXO II – PLANILHA DE COLETA DE DADOS

2013_08_15 Coleta de dados Idosos - Saúde Bucal [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel

Dados para coleta	Número do Idoso	Nome do Idoso	O idoso é acamado ou tem problemas de locomoção?	O idoso acamado ou com problemas de locomoção recebeu visita domiciliar?	O idoso teve a verificação da pressão arterial na última consulta?	O idoso está com pressão sistólica maior que 135/80mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica?	O idoso hipertenso foi rastreado para diabetes?	O idoso teve primeira consulta odontológica programada?	O idoso acamado ou com dificuldade de locomoção recebeu visita domiciliar odontológica?	O idoso falou à consulta programada?	O idoso que falou à consulta recebeu bucca-ana?	O idoso está com a Avaliação Multidimensional Filada em dia?	O idoso está com exame clínico apropriado em dia?	O idoso é hipertenso ou diabético?	% de coleta
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de idosos cadastrados	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	
1	2														
2	3														
3	4														
4	5														
5	6														
6	7														
7	8														
8	9														
9	10														
10	11														
11	12														
12	13														
13	14														
14	15														
15	16														
16	17														
17	18														
18	19														
19	20														
20	21														
21	22														
22	23														
23	24														

2013_08_15 Coleta de dados Idosos - Saúde Bucal [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel

Dados para coleta	Número do Idoso	Nome do Idoso	O idoso é hipertenso ou diabético?	O idoso hipertenso ou diabético está com controle satisfatório com medicamentos prescritos em dia?	O idoso está com sucesso no tratamento odontológico recebido?	O idoso está com avaliação de urgência de mecos em dia?	O idoso está com avaliação de segurança do prótese em dia?	O idoso está com o registro na Ficha Cadastro em dia?	O idoso tem a Caderneta de Saúde do Idoso Idoso?	O idoso está com avaliação de risco para acuriosidade em dia?	O idoso está com avaliação de risco para ingestão de raios em dia?	O idoso está com avaliação de risco para a saúde bucal em dia?	O idoso recebe orientação sobre a prática de atividade física regular?	O idoso recebe orientação sobre a prática de atividade física regular?	
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de idosos	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	
1	2														
2	3														
3	4														
4	5														
5	6														
6	7														
7	8														
8	9														
9	10														
10	11														
11	12														
12	13														
13	14														
14	15														
15	16														
16	17														
17	18														
18	19														
19	20														
20	21														
21	22														
22	23														
23	24														
24	25														
25	26														
26	27														
27	28														
28	29														
29	30														

ANEXO III – APROVAÇÃO DO COMITE 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 Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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