

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



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção á Saúde da Pessoa Idosa na UBS Passo das
Pedras, Bagé, RS**

Ester Magali Pérez Curbelo

Pelotas, 2015

Ester Magali Pérez Curbelo

**Melhoria da Atenção á Saúde da Pessoa Idosa na UBS Passo das
Pedras, Bagé, RS**

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

Orientadora: Elenir Terezinha Rizzetti Anversa

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

C975m Curbelo, Ester Magali Perez

Melhoria da Atenção a Saude da Pessoa Idosa na UBS Passo das Pedras, Bage, RS / Ester Magali Perez Curbelo; Elenir Terezinha Rizzetti Anversa, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

103 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Saúde do Idoso
4.Assistência domiciliar 5.Saúde Bucal I. Anversa, Elenir Terezinha Rizzetti, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho a minha filha por sua grande compreensão e amor, meu neto e meus pais, eles são minha maior força e fonte de inspiração em tudo o que faço.

Agradecimentos

Primeiro agradeço orientadora Elenir Terezinha Rizzetti Anversa quem acompanhou todo o processo de Especialização da UNASUS/UFPEL e por sua compreensão, por todo o tempo de seu descanso dedicado ler e corrigir minhas anotações e todo seu apoio em meu trabalho.

A toda a Equipe de Saúde da ESF Passo das Pedras.

Secretaria de Saúde de Bagé. Secretaria Teia Pereira, Cristiane Mansur, por todo seu apoio com as impressões das Fichas Espelhos e ajuda.

Ao povo Brasileiro pela solidariedade e amor demonstrado.

Minha gratidão a todos.

Resumo

CURBELO, Ester Magali Pérez. **Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na UBS Passo das Pedras, Bagé, RS.** 2015.101f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A velhice é a última etapa do processo de desenvolvimento humano. Os idosos, nos seus aspectos biológico, psicológico e social apresentam transformações próprias, requerendo tipos de assistências diferenciadas, em especial à saúde. Como o envelhecimento não é um processo homogêneo, necessidades e demandas dos idosos variam, sendo preciso fortalecer o trabalho em rede para contemplar a atenção aos idosos saudáveis e atender àqueles com diferentes graus de incapacidade ou enfermidades, inclusive nos domicílios. O envelhecimento da população brasileira vem acontecendo rapidamente provocando consequências sociais, culturais e epidemiológicas. Ao ser realizada a Análise Situacional evidenciou-se a necessidade de intervir na saúde da pessoa com 60 anos ou mais, os registros das ações realizadas eram quase inexistentes e os dados utilizados para realizar a cobertura estavam desatualizados, a avaliação da saúde bucal não era realizada, as ações realizadas estavam direcionadas apenas ao atendimento clínico não sendo seguido o protocolo. Frente às fragilidades detectadas a equipe evidenciou a necessidade de intervir para melhorar a atenção à saúde da pessoa idosa da UBS Passo das Pedras, Bagé/RS. A intervenção teve a duração de 12 semanas e foram realizadas ações em quatro eixos pedagógicos; monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. No período da intervenção foram realizadas várias ações para alcançar os objetivos e metas propostas; a equipe foi capacitada sobre o protocolo da pessoa idosa, acolhimento, foi realizado exame clínico conforme preconizado pelo protocolo, educação em saúde sobre alimentação saudável, atividade físicas, a agenda foi programada para receber estes usuários e o acolhimento esteve presente em todos os momentos. Na área de abrangência da UBS há 518 idosos e foram acompanhados 237 (46%), todos os 237 (100%) usuários realizaram a avaliação multidimensional rápida, exame clínico apropriado, exame complementar, cadastrados os onze acamados e para estes foi realizada a visita domiciliar para 100%. Foram rastreados para hipertensão e diabetes, foi possível realizar a necessidade do atendimento odontológico, realizado a busca ativa dos faltosos, todos os idosos acompanhados foram registrados na ficha espelho e prontuário, foi realizada a avaliação da fragilidade da velhice e a promoção em saúde. A intervenção possibilitou também diagnosticar novas patologias até então desconhecidas. A equipe percebeu a necessidade e esta motivada para a continuidade da intervenção na rotina do serviço para continuar o cadastramento e acompanhamento dos idosos, a participação dos líderes comunitários para o fortalecimento do engajamento público. A metodologia utilizada na intervenção mostrou ser eficaz, prática e de impacto para a comunidade, serviços e profissionais de saúde.

Palavras-chave: Saúde da família; atenção primária à saúde; saúde da pessoa idosa, saúde bucal.

Lista de Figuras

Figura 1	Mapa territorial de Bagé/RS	12
Figura 2	Estimativas Cadernos ações Programáticas	16
Figura 3	Fotografia da capacitação realizada para os profissionais da UBS	64
Figura 4	Fotografia do Atendimento sendo realizado na UBS com idosos	66
Figura 5	Fotografia do Atendimento sendo realizado na UBS	66
Figura 6	Fotografia do Atendimento sendo realizado na UBS	67
Figura 7	Fotografia do Atendimento sendo realizado na UBS	67
Figura 8	Fotografia Encontros realizados em sala de espera na UBS	69
Figura 9	Fotografia Encontros realizados em sala de espera na UBS	69
Figura 10	Fotografia oficina realizada sobre alimentação saudável	70
Figura 11	Fotografia oficina realizada sobre alimentação saudável	70
Figura 12	Proporção da cobertura do programa de atenção à saúde do idoso	74
Figura 13	Proporção de Idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada	76
Figura 14	Proporção de Idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados	77
Figura 15	Proporção de Idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita Domiciliar	78
Figura 16	Proporção de Idosos com primeira consulta odontológica programática	80
Figura 17	Proporção de Idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia	82

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
ACV	Acidente Cérebro Vascular
CAP	Cadernos das ações Programáticas
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CION	Centro Integrado de Oncologia
Centro TB	Centro de Tuberculose
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
EQU	Exame Qualitativo de Urina
ESB -	Equipe de Saúde Bucal
ECG	Eletrocardiograma
ESF -	Estratégia da Saúde da Família
ESF -	Estratégia da Saúde da Família
EAD	Educação a Distância
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HGT	HemoGlucoTeste
HGT	HemoGlucoTeste
HIV	Vírus de Imunodeficiência Humana
HPV	Vírus Papiloma Humano
HDL	Lipoproteínas de Alta densidade
LDL	Lipoproteínas de Baixa densidade
MS-	Ministério de Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PNH	Política Nacional de Humanização
PA	Pressão Arterial
PSE	Programa Salud na Escola
PMM	Programa Mais Médicos

RAS	Rede de Atenção à Saúde
RS	Rio Grande do Sul
SUS	Sistema Único de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISPRENATAL	Sistema de Informação do Pré-natal
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAE	Serviço de Assistência Especializada
TSH	Hormônio Estimulante da Tireóide
TCC	Trabalho de Conclusão do Curso
TFD	Tratamento Fora do Município
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
USF	Unidade saúde da Família
UBS-	Unidade Básica de Saúde
URCAMP	Universidade da Região da Campinha.
UPS	Unidade de Pronto Socorro
UNASUS	Universidade Aberta do SUS

Sumário

Apresentação	9
1 Análise Situacional	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	11
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	24
2 Análise Estratégica	26
2.1 Justificativa.....	26
2.2 Objetivos e metas.....	27
2.2.1 Objetivo geral.....	28
2.2.2 Objetivos específicos e metas	28
2.3 Metodologia.....	29
2.3.1 Detalhamento das ações	29
2.3.2 Indicadores	51
2.3.3 Logística.....	56
2.3.4 Cronograma	61
3 Relatório da Intervenção.....	63
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	63
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	71
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	71
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	71
4 Avaliação da intervenção.....	73
4.1 Resultados	73
5 Relatório da intervenção para gestores	88
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	91
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	94
Referências	96
Anexos	97

Apresentação

Esse volume trata da descrição de trabalho de conclusão de curso realizada na Unidade Básica de Saúde (UBS), Passo das Pedras no município de Bagé/RS e que teve como objetivo a melhoria da atenção à saúde das pessoas idosas. Este trabalho de conclusão de curso é um dos requisitos para obtenção do título de especialista em saúde da família pela Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS) / Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), modalidade à distância.

Estão organizados em sete capítulos os quais constituem:

Capítulo 1- Análise situacional, que descreve qual era a situação desta UBS antes da intervenção.

Capítulo 2- Análise Estratégica, que descreve a justificativa da escolha em intervir na saúde das gestantes e puérperas da área, os objetivos e metas traçadas, bem como a metodologia utilizada durante todo o desenvolvimento do projeto.

Capítulo 3 - Relatório da Intervenção, no qual é avaliada a intervenção percorrida ao longo das 12 semanas, ou seja, descrição das ações propostas realizadas e não realizadas e as facilidades e dificuldades encontradas durante o período da intervenção.

Capítulo 4- Avaliação da Intervenção, na qual os resultados obtidos estão devidamente elaborados e analisados. Neste capítulo também contém a discussão na qual é exposto.

Capítulo 5- Relatório para o gestor, descreve brevemente a intervenção.

Capítulo 6- Relatório para a comunidade, visibilidade do que foi alcançado e do que ainda pode ser melhorado com a continuidade do programa.

Capítulo 7- Reflexão do processo de aprendizagem ,é uma análise sobre os aprendizados e significados por meio da especialização.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Sou médica da Estratégia Saúde Família (ESF) no município Bagé, Rio Grande do Sul (RS). Possui duas equipes de saúde composta por um médico, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, um recepcionista, uma odontóloga, uma auxiliar de serviços gerais e três Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Na equipe em que atuo, só há uma ACS. Não conhecemos a totalidade de população que deve ser atendida na Unidade de Saúde ainda não temos o mapeamento dos usuários de risco das doenças crônicas não transmissíveis.

E acolhimento é realizado por todos da equipe, atendemos demanda programática e demanda espontânea. Realizamos puericultura, pré-natal e clínica, se necessário encaminhamos os usuários para os profissionais especialistas do Sistema Único de Saúde (SUS).

Na Unidade Básica de Saúde (UBS) os usuários passam por uma triagem, medem pressão, peso, glicemia e temperatura. Toda segunda-feira é marcada a consulta para a semana. Realizamos atividade de educação e promoção de saúde com grupos de Diabéticos, hipertensos já conhecidos que estamos identificados no transcurso do nosso trabalho, realizando atividades participativas com eles.

1.2 Relatório da Análise Situacional

A cidade de Bagé, é conhecida como a Rainha da fronteira, localizada na Micro região da campanha Meridional do Rio Grande do Sul , tendo como limites os municípios: ao norte: Lavras do Sul e Caçapava do Sul, ao Sul: Aceguá e a República Oriental do Uruguai, ao Leste: Hulha Negra e Candiota e ao Oeste: Dom Pedrito e República Oriental do Uruguai. Possui uma população estimada para 2014 de 116.794 hab., densidade demográfica 28,52 hab/Km². (IBGE, 2014).

A economia está baseada na agricultura, pecuária e no comércio local.

A longevidade de vida vem aumentando, a esperança de vida ao nascer aumentou de 72,4 anos em 2000 para 75,9 em 2010. A mortalidade e infantil diminuiu de 18,2 em 2000 para 11,6/1000NV e a taxa de fecundidade (filhos por mulher) diminuiu de 2,2 em 2000 para 1,9 em 2010. A taxa de analfabetismo vem diminuindo de 7,1 em 2000 passou para 5,1 em 2010, bem como a taxa de desemprego que em 2000 era de 16,11 declinou para 8,37 em 2010 (DATASUS, 2012).



Figura 1- Mapa territorial de Bagé/RS. 2014. Fonte (IBGE)

O Sistema de Saúde é composto por 30 (UBS), 17 unidades com modelo de Estratégia Saúde da Família (ESF) com 23 equipes e 13 UBS tradicionais. Rede de Atenção à Saúde (RAS) está composta: Centro Atenção Psicossocial (CAPS) I, CAPS II, CAPS Álcool e Drogas (AD), Residência Terapêutica, um SAE (Serviço de

Assistência Especializada), Centro TB (Centro de Tuberculose), Pronto Atendimento Municipal , Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Centro Integrado de Oncologia (CION), Centro de Saúde da Mulher, Posto de Saúde Camilo Gomez: Materno-Infantil, Gineco-Obstetricia, Laboratório, Pediatria; Saúde do Homem, Centro do Idoso, Centro de Reabilitação física, Tratamento Fora do Domicilio (TFD), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Unidade de Pronto Socorro (UPS) Santa Casa, Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Farmácia Popular, Vigilância Sanitária, não temos disponibilidade do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).(SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BAGÉ, 2015).

Encaminhamos os usuários que necessitam de cuidados especializados a outros serviços, embasados nos protocolos do Ministério da Saúde (MS). O agendamento com especialistas são muito demorados, não contamos com todas as especialidades, muitos tem que recorrer às cidades próximas, não retornando com o contra referência, o que dificulta o seguimento dos usuários na Atenção básica. Os exames complementares em geral são realizados em mais de 30 dias, alguns demoram mais de 60 dias, exemplo Colonoscopia, Endoscopia e tomografia computadorizada.

Estou atuando na UBS Passo das Pedras, com modelo de ESF localizada na periferia urbana da cidade. A gestão municipal SUS, temos vinculo com instituições de ensino como URCAMP (Universidade Regional de Campanha) onde recebemos capacitação em cada 15 dias. Não temos estagiários na UBS. Possui duas equipes de Saúde da Família composta cada uma, por um médico do Programa Mais Médicos (PMM), uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma recepcionista, um odontólogo que atende as duas equipes, mas esta cadastrado em uma equipe apenas ,uma auxiliar de serviços gerais e três ACS ,na equipe que atuo há somente um. Não disponibilizando auxiliar de farmácia, a dispensação dos medicamentos é realizada pelos profissionais da equipe.

O atendimento à população ocorre em dois turnos de 7.30 as 12.00 h e das 13.30 às 17.00 h, carga horária estabelecida é cumprida por todos os membros da equipe.

As medicações nem todas estão disponíveis na ESF, frequentemente há falta de medicamentos, necessitando os usuários dirigirem-se a outros locais. As receitas tem validade de seis meses para doenças crônicas como hipertensão e diabetes, e são fornecidos no local, e registrados na carteirinha a mesma serve para

a programação das consultas de acompanhamento e medição de HemoGluco Teste (HGT) e Pressão Arterial (PA).

Existem muitas limitações estruturais, o prédio foi adaptado para ser uma Unidade de saúde, não possui almoxarifado, nem banheiros nos consultórios, não disponibiliza banheiros para portadores de necessidades especiais, dificultando a utilização pelos mesmos. Não tem sala destinada para reuniões. Também não tem sala própria para esterilização, lavagem e descontaminação do material, sendo estes realizados na sala de procedimentos de enfermagem acarretando riscos e perigos pela possibilidade de contaminação dos materiais já esterilizados e pelo riscos de contaminação cruzada para profissionais e usuários ,pois neste ambiente são realizados curativos e medicações injetáveis .Não tem área para expurgo nem para depósito de lixo não contaminado o que provoca a propagação de vetores e roedores, também não é separado lixo contaminado com orgânico ,não é reciclado causando uma grande contaminação de agentes biológicos do meio ambiente. A sala de espera não tem pisos laváveis, que ajuda a entrada no local de germes contaminantes. As portas não são revestidas de material lavável e não tem janelas com telas para proteção de insetos

Não há identificação visual dos ambientes que permitem a comunicação do contexto, nem outros meios como figuras, braile, sonoras ou outros o que considero que essa situação não garante o princípio do SUS da equidade.

O consultório ginecológico não possui sanitário privativo, sendo que não é considerada a privacidade da usuária.

Não disponibilizamos de recursos suficientes materiais, equipamentos e insumos para execução de muitas ações propostas, ou seja, falta de medicamentos em estoque para realizar tratamentos essenciais que evitariam complicações e agravo do quadro. O sistema de reposição e manutenção de equipamentos, mobiliário é demorado, igual que o material de consumo.

Só tem uma autoclave, que não resolve o problema da esterilização, o material para realizar suturas é insuficiente, não temos negatoscopio para observação da RX e nem estufa para odontologia.

Há carência de materiais didáticos para atividades de promoção e prevenção de saúde, que são essências para a compreensão da temática que estamos trabalhando com o usuário de forma mais prática.

Temos poucas variedades de antibióticos e antiparasitários o que dificulta o tratamento tendo em conta a etiologia das doenças e afeta diretamente o usuário, não temos medicamentos homeopáticos e fitoterápicos só Guaco xarope, não temos insulina para instituir tratamento a uma hiperglicemia. Os contraceptivos não são todos os métodos disponibilizados. Ofertamos os testes rápidos disponibilizamos os de Glicemia capilar, Gravidez, HIV, Sífilis.

Temos boa resposta do SAMU, sempre que necessário os usuários tem garantia de internação hospitalar. Temos na UBS acesso a boa variedade de material bibliográfico, mas não está disponível algumas bibliografias de doenças transmissíveis como esquistossomose, Malária, Tracoma, Leptospirose e também falta bibliografia sobre de Medicina Interna e outras especialidades.

Os aspectos positivos na ESF estão na humanização do atendimento, proporcionando boas respostas às demandas de saúde da população.

É necessária uma melhor ambiência para os profissionais e usuários para a melhoria do cuidado, necessitando de projetos para melhorar e sanar as dificuldades estruturais, como reforma, ampliação conforme preconizado pelo Manual do Ministério da Saúde (MS).

Uma ação simples é de governabilidade da equipe e começar a reciclar o lixo, para a melhoria do aspecto da UBS e para o meio ambiente.

Analisando as atribuições dos profissionais, percebe-se que são cumpridas conforme as diretrizes, mas a territorialização foi realizada quando havia ACS o que não é uma realidade hoje e o cadastros da população da área adstrita está incompleto e desatualizado, pois só temos um ACS.

As doenças e agravos de notificação compulsória são notificados pelo médico e enfermagem. A equipe realiza reuniões semanalmente as sextas-feiras, onde participam todos os membros da equipe. Este é um espaço onde são discutidos casos de prática clínica e o planejamento e ações a partir da morbidade e incidências de agravos, traçamos estratégias para implementar as ações necessárias . Contamos com parceiros na comunidade que colaboram, apoiam e incentivam a realizações das atividades com população.

Realizamos o cuidado em saúde a domicilio, realizando visitas domiciliares, participando, enfermeira, técnica em enfermagem e ACS, depois de ser agendada a visita. Na escola realizamos palestra de DST, aplicação de vacina HPV. Realizamos busca ativa de usuários faltosos como grávidas e menores de um ano.

Nossa maior dificuldade é a falta de ACS. Os pontos positivos é que todos os membros da equipe cumprem com suas atribuições e o trabalho é realizado em equipe todos colaboram.

A ESF tem um cadastro desatualizado, temos cadastrados 5 000 habitantes na área adstrita da UBS, dividida em duas áreas, sendo uma equipe atende 2 400 pessoas e a outra com 2 600, atendidas por dois médicos do PMM, cumprindo o preconizado pelo Ministério da Saúde.

A população total da área da equipe que atuo é de 2400 pessoas. A distribuição por faixa etária de menores de um ano são 17 (07%) crianças para, crianças de 0 - 4 anos 91 (3,7%) de 5 a 6 anos: 68 (2,8%) de 7 - 9 anos: 130(5,4%), 10 - 14 anos. 248 (10.3 %), de 15 a 19 anos 251 (10.4 5), de 20 - 39 anos: 790 (32.9 %), de 40 a 49 anos: 294 (12.2 %), de 50 - 59 anos 275 (11.4 %), acima de 60: anos 253 (10.5 %).Assim, a população que prevalece e na fixa etária de 20 - 39 anos com um 32.9%.

Quando realizamos a estimativa do total da população incluindo as duas equipes a estratificação por faixa etária e grupos prioritários estão assim constituídos:

Mulheres em idade fértil (10-49 anos)	1521
Mulheres entre 25 e 64 anos	1350
Mulheres entre 50 e 69 anos	506
Gestantes na área - 1,5% da população total	73.5
Menores de 1 ano	59
Menores de 5 anos	118
Pessoas de 5 a 14 anos	727
Pessoas de 15 a 59 anos	3210
Pessoas com 60 anos ou mais	669
Pessoas entre 20 e 59 anos	2809
Pessoas com 20 anos ou mais	3478
Pessoas com 20 anos ou mais com Hipertensão	1096
Pessoas com 20 anos ou mais com Diabetes	313

Figura 2 – Estimativa por grupos e faixa etária segundo Cadernos das Ações Programáticas. Fonte: Cadernos Ações Programáticas- UFPEL. 2015.

A última atualização do cadastro da população da área coberta pela ESF foi em 2012. Assim, da população está cadastrada da equipe que atuou é de 2400 pessoas. Não temos 100% do cadastro por falta de ACS, atualmente há uma única ACS, pois os contratos foram vencidos. O tamanho da população na área adstrita está de acordo com o preconizado pela portaria da Atenção básica. É condição primeira em uma ESF ter toda a área de abrangência coberta por ACS, para realizar o cadastramento e atualização dos usuários constantemente.

Na ESF o acolhimento está bem organizado se atendem a todas as pessoas que acessam o serviço é realizado por recepcionista, enfermeira e técnica em enfermagem. Para organizar o serviço disponibilizamos de agendamentos, e acolhimento para demandas espontâneas, quando em algum caso emergência os usuários acessam o serviço, são prontamente atendidos e se necessário não encaminhados para outros pontos da rede de saúde. Não existe excesso de demanda espontânea. A técnica em enfermagem e enfermeira realiza a escuta qualificada e discutem o caso com o médico diminuindo assim o número de atendimentos extras.

A equipe também atua no Programa Saúde na Escola (PSE), identificando necessidade de saúde estimulamos a atividade física, de promoção e prevenção é realizadas na UBS e escolas são realizadas em equipe.

Temos identificados os grupos de risco de Hipertensão, Diabetes, Idosos, gestantes, adolescentes, mais ainda faltam pessoas a serem cadastradas. Temos dificuldade em garantir infraestrutura necessária ao funcionamento da UBS, principalmente nas visitas domiciliares, o município apoia com a logística para realizar a visita domiciliar, mas os recursos são escassos, como materiais, equipamentos e insumos para execução das ações propostas.

Os gestores do município instituíram um fluxo com profissionais da UPA muito produtivo e interessante para esclarecer e estabelecer rotinas de trabalho, o que contribui para a otimização resolutividade e melhoria na rede de atenção.

Quanto à atenção à saúde da criança, como os registros dos dados estão desatualizados utilizamos o Caderno de Ações Programáticas pra estimar a população de crianças, usamos os prontuários e registro específicos da puericultura, prontuário odontológico e registro de vacinas da criança que disponibilizamos na UBS.

Olhando o caderno de ações programáticas a cobertura de saúde de criança encontrada pela população estimada o total, deveria ser 29, mas temos em acompanhamento 17 (59%) de cobertura.

Todas as crianças (100%) estão em dia com as consultas, conforme protocolo, realizaram teste do pezinho até cinco dias, realizaram a primeira consulta de puericultura até 7 dias de vida, realizaram triagem auditiva, foram avaliadas quanto ao crescimento e desenvolvimento. Foram administradas as vacinas preconizadas e suas mães receberam orientações sobre aleitamento materno exclusivo até o 6º mês e prevenção de acidentes na infância.

A cobertura da atenção à saúde da criança, não é tão elevada, entretanto, a qualificação do cuidado é ótima.

Realizamos puericultura os menores de um ano e de 12 a 72 meses, em dois dias e um turno da semana. Não há crianças em atendimento da puericultura fora de nossa área de cobertura.

A consulta de puericultura é realizada pela enfermeira, e as próximas consultam já são agendadas. As crianças também são avaliadas pela Odontóloga. Os casos agudos que chegam a ESF são avaliados pela enfermeira e conforme a necessidade e encaminhados ao médico, não temos excesso de demandas.

Utilizamos os protocolos do MS da atenção à saúde da criança, sendo que o disponível é anterior a 2013.

As crianças de riscos, e ou com problemas agudos que não são possíveis de serem manejadas na ESF, são encaminhadas ao pronto atendimento e ou pronto socorro, onde são avaliados e se necessário encaminhados para a internação hospitalar.

A equipe de saúde da realiza atividades com grupos de mães e na própria UBS, escolas, na associação de bairro e outros espaços comunitários. Realizamos em média quatro atividades por mês, ainda é muito baixa participação em torno de 10 % das mães.

É muito importante a visita domiciliar na primeira semana de vida ao recém-nascido e mãe, sendo realizada pela equipe onde avaliamos e identificamos sinais de perigo à saúde da criança e puérpera. Aproveitamos este momento para observar as relações familiares e reforçamos as orientações do cuidado ao bebê, aleitamento exclusivo até 6º mês, orientamos o calendário de vacinas, avaliamos a puérpera, sobre sinais de infecção, condições do nascimento da criança, tipo de parto, APGAR

da criança, exame físico geral. Também orientamos a mãe sobre calendário de consultas programadas de seu filho.

Quando algum bebê falta à consulta imediatamente realizada a visita domiciliar pelo ACS ou equipe de enfermagem e já aprazamos novo agendamento.

Examinando o questionário os aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção à saúde da criança. Entendo ser viável ter uma ficha de registro de atendimento odontológico separado do prontuário e uma ficha de atendimento nutricional. Também disponibilizar um arquivo específico para os registros dos atendimentos da puericultura tudo isto em um só em o prontuário.

Repensar estratégias para sensibilizar as mães a participarem do grupo para aumentar a participação nas atividades educativas, aproveitando o momento antes da consulta de puericultura para realizar sala de espera para potencializar a educação em saúde.

Começar a realizar o monitoramento e avaliação para o planejamento das ações a serem desenvolvidas.

Relativo à atenção ao pré-natal e puerpério, encontramos dificuldades Para preencher os questionários e os Cadernos das Ações Programáticas (CAP), por não disponibilizarmos de registro dos dados atualizados.

De acordo com a estimativa deveríamos atender aproximadamente a 36 gestantes, mas na realidade estamos acompanhados somente 12 (36%).

Um fator que pode estar contribuindo com a baixa cobertura é falta de ACS em toda a área de abrangência da UBS o que impossibilita o cadastramento em toda a população e a conscientização das gestantes em realizar pré-natal na ESF.

Apesar de ter um abaixa cobertura à atenção ao pré-natal, à maioria dos indicadores de qualidade foram de 100%, exceto, o início do pré-natal no primeiro trimestre que o indicador foi de 12 (92%).

O atendimento de pré-natal e puerpério são realizados pela enfermeira é pelo médico, um dia na semana de forma programada e utilizamos o protocolo do MS. Contamos com o Programa SISPRENATAL do MS os responsáveis pelo cadastramento das gestantes é a médica, enfermeira e técnica de enfermagem, e a enfermeira é responsável pelo envio dos cadastros à Secretaria Municipal de Saúde.

As gestantes de risco são encaminhadas ao obstetra do município, geralmente eles continuam o acompanhamento na UBS pelo vínculo já formado e também no alto risco. Isto favorece a integralidade do cuidado.

Na ESF há uma invisibilidade quanto ao puerpério qual a cobertura é muito baixa 10 (34%).

Apesar da baixa cobertura, o cuidado qualificado está presente, pois todas as puérperas em acompanhamento foram realizadas as ações e orientações preconizadas pelo protocolo.

Através da atividade percebemos que devemos melhorar o planejamento familiar, para que a mulher engravide quando desejar diminuindo os riscos gestacionais.

Visualizo ações para melhoria da atenção ao pré-natal e puerpério implementar ações de educação em saúde através de grupos de gestantes, proporcionado a troca de experiências e esclarecimento de dúvidas. Rotinizar a avaliação e monitoramento na UBS para o planejamento da atenção ao pré-natal e puerpério

O câncer de colo útero e de mama são patologias que quando detectadas precocemente diminui a morbimortalidade por estas causas.

Estão envolvidos neste programa o médico, enfermeira, técnica em enfermagem e o ACS. Realizamos coleta oncótica, exame clínico das mamas e mamografia conforme protocolos, quando os exames são alterados encaminhamos (CION) do município e o seguimento é realizado pela equipe da ESF. .

Não foi possível realizar a estimativa da cobertura da atenção ao câncer de colo de útero e mama por não disponibilizar de instrumentos específicos que contemple os registros dos dados na ESF.

No dia a dia nas consultas sempre enfatizamos a necessidade de realizar os exames e quando em atraso ou nunca realizado encaminhados para a realização dos mesmos. Uma vez por mês realizamos grupo de mulheres com atividades educativas sobre os fatores de risco e estimulamos a realizar preventivo e autoexame de mama, único ACS também participa das atividades no grupo.

Para a melhoria da atenção ao câncer de colo de útero e mama, devemos instituir um caderno/ ficha, para iniciar o registro dos dados, o que possibilitará o monitoramento e verificação da real cobertura da atenção ao câncer de colo de útero

e mama, e a qualidade do cuidado, objetivando o planejamento das ações que estiverem com resultados insatisfatórios.

Para que o rastreamento destes cânceres seja efetivo é necessário conscientizar a população para a realização destes exames, através de divulgação na rádio local, fixar cartazes na UBS e aproveitar os encontros com a comunidade abordando o tema e estimulando as mulheres para a realização dos mesmos, pois como são patologias silenciosas e levam a falsa ideia que não é necessária sua realização. A equipe pode melhorar o programa aumentando as atividades de promoção e prevenção em saúde fazendo palestras sobre os riscos destas patologias que são prevenidas e também tratáveis.

Devemos realizar a avaliação de riscos para todas as mulheres nas faixas etárias preconizadas, monitorando as mesmas e conscientizando as mesmas para realização dos exames conforme o protocolo para diminuir as morbimortalidade.

Instituir na rotina da unidade o seguimento das mulheres com exame alterado, verificando se realmente foram ao serviço de referencias e estão realizando o tratamento e apoiando as mesmas quanto às dificuldades neste período.

Encontrar parcerias junto à comunidade nos diversos espaços do território para que a comunidade ajude na divulgação e conscientização da realização dos exames e estimulando o uso de preservativos.

A Hipertensão e Diabetes s são doenças crônicas que provocam lesões em órgãos vitais alvos e de alta prevalência. Estamos realizando um instrumento para o registro e controle dessas patologias, para serem utilizadas nas consultas ,bem como, para o planejamento do retorno as consultas.

A cobertura da atenção à Hipertensão Arterial pela estimativa deveria estar cadastrada 1096, mas 305 (28%) estão em acompanhamento. Acredito que para termos êxito devemos conhecer e ter cadastrada toda a população da área de abrangência. Na UBS ainda não há esses dados atualizados, assim não sabemos exatamente qual população de hipertensos da área, Conforme estimativa estamos atendendo bem menos do esperado.

Quanto aos indicadores de qualidade, destaco que temos registrado somente 62 (20%) hipertensos com avaliação de risco cardiovascular, realizado, orientações sobre a prática de atividade física regular, orientação nutricional para uma alimentação saudável. Os demais indicadores avaliação da saúde bucal,

exames periódicos em dia e em atraso consultas agendadas com mais de 7 dias foram inviáveis de serem realizados pela falta de registro dos dados.

Na área da ESF há dois grupos de hipertensos onde realizamos atividades de prevenção e promoção à saúde, onde estimulamos hábitos saudáveis, e ajustamos o tratamento na consulta e reabilitação dos casos que necessitam. Assim, estamos trabalhando no sentido de estimular o atendimento a todas as pessoas portadores desta patologia.

Os protocolos utilizados na UBS para nortear o cuidado são baseados nas diretrizes do Ministério da Saúde. Os casos que precisam ser avaliados por especialistas são encaminhados e baseados nestes protocolos.

Precisamos melhorar os registros dos dados para conseguir realizar o monitoramento e avaliação para planejamento das ações conforme as reais necessidades desta população.

Atualmente está sendo acompanhados 73(23%) usuários com Diabetes Mellitus (DM), o que representa a cobertura baixa, pois na área de abrangência da ESF a estimativa é de 313.

Os indicadores de qualidade destacam que possuímos registrados 18 (25%) usuários Diabéticos com avaliação de risco cardiovascular realizada, orientações sobre prática de atividade física regular, orientação nutricional para uma alimentação saudável perfazendo 22 (25%). Não foi possível realizar as estimativas sobre avaliação da saúde bucal, exames complementares periódicos em dia, atraso nas consultas agendadas com mais de sete dias, não conhecemos quem realizou exame físico dos pés nos últimos três meses, não há registros da realização da palpação dos pulsos tibial posterior nos últimos três meses, bem como, a medida da sensibilidade dos pés.

As ações de educação em saúde são realizadas nos dois grupos de diabéticos, sendo estimulando atividade física e orientações sobre alimentação saudável. Orientamos e planejamos a próxima consulta e se necessário encaminhamos a outras especialidades ,quando detectado alguma complicação, Também realizamos rastreamento de Pressão Arterial em todas as consultas e quando realizamos atividades fora da unidade.

É necessário desde cedo conscientizar crianças e a população jovem para os cuidados necessários para alimentação saudável, a realização da prática

física regular para ter uma vida mais saudável como forma de evitar a hipertensão no futuro.

Temos que planejar e atuar mais na detecção precoce da HAS para o menor risco possível, e desse modo melhorar os indicadores de morte por complicações da HAS e DM do município.

Realizar conjuntamente com a equipe ficha de registro e controle dos dados para instituir o monitoramento, pois atualmente inexistente é necessário implementar o planejamento das ações para a melhoria do cuidado.

Na UBS há registro 253 relativos a os Idosos do ano 2012, atualmente não sabemos quantos são os idosos há na UBS. Só disponibilizamos os prontuários, mas há falta de informação. O Sistema de Informação da Atenção Básica está (SIAB) está desatualizado, pois só uma ACS e enfermeira e coordenadora não tem conhecimento destas informações.

Na área de abrangência da UBS segunda estimativas são 685 pessoas com 60 anos ou mais e estão em acompanhamento 253 (37%). Para a realização do CAP utilizou-se os dados referentes a 2012, quando a equipe estava completa.

A caderneta de saúde da pessoa idosa foi fornecida para 92 (36%) dos cadastrados, avaliação dos riscos da morbimortalidade, investigação da fragilização da velhice e orientações sobre para hábitos alimentares saudáveis e a prática da atividade física foram realizadas as ações para 43(17%). Na ESF a humanização está presente através acolhimento, as pessoas Idosas são tratadas com respeito, tendo prioridade no atendimento. As consultas de retorno já ficam agendadas, planejamos e realizamos as visitas domiciliar, onde aproveitamos e falamos com sua família sobre cuidados, tratamento e reabilitação do paciente Idoso.

Realizamos avaliação geral da pessoa idosa, permitindo descobrir potencialidades e vulnerabilidade, fazendo avaliação global sistemática da pessoa Idosa, quanto à situação cardiovascular, diabetes, déficit sensorial, Visual, Auditivo, linguagem, voz, comunicação não verbal, memória, humor, sexualidade, incontinência urinária, depressão, Mobilidade, quedas, autonomia, Independência, suporte social e família, procuramos identificar sinais de violências. Tudo isto permite fazer uma avaliação da fragilidade do idoso.

Também é muito importante nesta idade verificar o consumo dos fármacos que atuam diretamente no sistema cardiovascular, no sistema nervoso central, os anticoagulantes, os antibióticos e os analgésicos, pois o excesso de medicações é

considerado os principais agentes iatrogênicos. Orientamos ao idoso, ou cuidador sobre a correta utilização dos medicamentos, e a identificação de sinais e ou sintomas que requeriam atendimento de saúde imediato.

As atribuições Comuns a todos os profissionais da Equipe são do vínculo entre equipe e pessoa idosa de orientação e de educação em saúde, promovendo junto à família hábitos saudáveis da alimentação, prática corporal da atividade física e cuidados e seguimentos de suas doenças crônicas, etc.

Para melhorar atenção e seguimento a Idosos temos que ter registros específicos para preencher, entregar e atualizar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, conforme Manual de Preenchimento específico que não temos ainda. Planejar, programar e realizar as ações que envolvem a atenção à saúde da pessoa idosa, acompanhar pessoas idosas frágeis ou em processo de fragilização com grupo multiprofissional, seja atenção contínua com os demais níveis de atenção. Buscar a integração entre a equipe de saúde e a população adstrita à unidade, para que a equipe fique informada, principalmente, a respeito dos idosos frágeis. Utilizar demais espaços comunitários para fazer atividades com Idosos. Realizar atenção integral às pessoas idosas contemplando a saúde bucal já que a perda dos dentes a esta idade provoca muitos problemas de forma geral e conseqüentemente quando resolve seu problema eleva a autoestima.

Os maiores desafios que temos é organizar a gestão do trabalho, implementar ferramentas para os registros de dados para planejamento em saúde de forma sistemática que realmente vá ao encontro das reais necessidades da população.

Nossos melhores recursos são a vontade da equipe ainda que incompleta por falta ACS para proporcionar uma saúde de qualidade para os usuários da ESF.

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

Neste período os aspectos avaliados nos questionários foram refletidos, à comparação com os cadernos de ações programáticas. Temos que trabalhar em conjunto e em equipe identificando as fraquezas para conseguir mudanças em função da saúde da população.

Comparando entre o texto inicial e este relatório, no início do curso eu tinha uma avaliação superficial que tinha a enfrentar, mas com o preenchimento dos questionários, protocolos permitiram enriquecer conhecimentos e socializar metas em conjunto com equipe para melhorar e transformar a saúde da nossa população.

Os aspectos do processo de trabalho poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção à população nesta UBS exemplo: Ter ACS suficientes para cadastrar todos os usuários na área da abrangência, fazer que o SIAB funcione adequadamente, fortalecer o engajamento público, onde todos os atores governamentais, não governamentais, sociais e da comunidade se envolvam e se sintam comprometidos com a saúde da população.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A velhice é a última etapa do processo de desenvolvimento humano. Os idosos, nos seus aspectos biológico, psicológico e social apresentam transformações próprias, requerendo tipos de assistências diferenciadas, em especial à saúde. Como o envelhecimento não é um processo homogêneo, necessidades e demandas dos idosos variam, sendo necessário fortalecer o trabalho em rede para contemplar a atenção aos idosos saudáveis e atender àqueles com diferentes graus de incapacidade ou enfermidades, inclusive nos domicílios. O envelhecimento da população brasileira vem acontecendo rapidamente provocando consequências sociais, culturais e epidemiológicas (BRASIL, 2009).

Na ESF passo das Pedras a estrutura física deixa muito a desejar, era uma casa que foi adaptada para ser uma UBS, há limitações quanto à área física, que é pequena não contemplando todas as salas, esta muito distante do preconizado pelo MS. As fragilidades interferem no processo de trabalho da equipe, mas vamos encontrando alternativas conforme as demandas vão sendo apresentadas.

A UBS possuiu duas equipes de ESF, composta cada uma com um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma recepcionista, um odontólogo que atende as duas equipes, uma auxiliar de serviços gerais e três ACS, mas apenas uma faz parte da equipe em que estou atuando.

A população total da área de abrangência da UBS é 5.000 pessoas, uma equipe é responsável por 2.400 pessoas e outra 2.600. A equipe que estou trabalhando possui 2400 pessoas.

A longevidade de vida na cidade de Bagé vem aumentando a esperança de vida é de 75,9 anos. Esta realidade também é percebida na ESF onde a estimativa é de 685 pessoas com mais de 60 anos e estão em acompanhamento 253 (37%). A

cobertura não é considerada ruim mais a qualidade do cuidado é muito frágil, uma pequena parcela de idosos recebeu a caderneta de saúde, e a grande maioria dos indicadores não foi possível avaliar pela escassez de registros dos dados, e não atualização.. Há de ser salientado que para a realização da cobertura da atenção a pessoas idosa foram utilizados dados de 2012, quando a equipe estava completa. As pessoas idosas têm preferência no agendamento e na realização das consultas, realizamos acolhimento com avaliação de riscos e de fragilidade. Estamos desenvolvendo palestras com grupos de idosos sobre alimentação saudável, exercício físico, uso de medicamentos, higiene em geral, higiene bucal, cuidados das doenças crônicas como Hipertensão e Diabetes.

Esta intervenção é importante no contexto da minha UBS já que há grande demanda de atendimentos e consultas, também porque este grupo é muito vulnerável e temos que melhorar a qualidade do cuidado, instituir a longitudinalidade do cuidado e avaliação Monitoramento que não é realizado Precisamos incorporar na rotina da ESF instrumentos de registros para a melhoria dos dados para poder realizar com coerência o planejamento das ações para esta população. Apesar de os idosos terem preferência no atendimento é necessário ter ações cotidianas para a melhoria da saúde.

A equipe esta envolvida na proposta da intervenção com vontade de acompanhar e implementar novas atividades .Enfrentaremos dificuldades já que só temos um ACS o SIAB não é atualizado impossibilitando as informações necessárias ,a caderneta de Idoso não está disponível para todos, temos um baixo percentual de idosos com avaliação odontológica. Com nosso projeto de intervenção podemos melhorar o acesso e qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa, fazer avaliação de risco cardiovascular, avaliação de fragilidade é garantir uma ótima orientação nutricional, orientação para pratica de exercício físico e principalmente fortalecer a autonomia da pessoa idosa, indo além da doença.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção á saúde da pessoa idosa na UBS Passo das Pedras, Bagé, RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1 Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso

Meta 1.1 Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 60 %.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4 Melhorar o registro das informações

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

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

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

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

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

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

Objetivo 6 Promover a saúde dos idosos.

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família Passo das Pedras no Município de Bagé/RS Participarão da intervenção pessoas com 60 anos ou mais das duas equipes de saúde.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1 Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso

Meta 1.1. Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 60 %.

Ações:

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde periodicamente (pelo menos mensalmente).

Detalhamento: A enfermeira e a médica irão verificar mensalmente os prontuários e fichas espelhos verificando o cadastro das pessoas com 60 anos ou mais cadastradas para redesenhar estratégias para que todos sejam cadastrados .

Organização e gestão do serviço:

Ação: Acolher os idosos.

Detalhamento: Os idosos que acessarem a UBS por demanda espontânea serão acolhidos pela equipe de enfermagem, médico realizando escuta qualificada direcionando-o para a resolutividade. As consultas programáticas serão proporcionadas através agendamento por telefone e pelos cuidadores e ACS da área. Será instituído um turno para agendamento somente para idosos.

Ação: Cadastrar todos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde.

Detalhamento: será organizado junto aos ACS um cronograma para o cadastramento de toda a população Idosa da área. Para isso vamos a fazer Capacitação os ACS na busca dos Idosos que não estão cadastrados. Também vamos Informar a população à existência do programa de atenção a Idoso através de cartazes fixados na UBS. Nos encontros da comunidade serão fornecidas orientações sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento na unidade de saúde. Também serão cadastrados os idosos que acessarem a UBS e ainda não foram cadastrados pelos ACS.

Ação: Atualizar as informações do SIAB.

Detalhamento: O SIAB será atualizado através do cadastramento da população idosa pelos ACS. Nas áreas onde ainda não estão coberta pela falta de ACS será planejado formas junto com os ACS e demais profissionais para cadastrar e atualizar o SIAB.

Engajamento público.

Ação: Esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde.

Detalhamento da ação: em todas as consultas o médico irá orientar os idosos e familiares que possuem idosos para a importância do acompanhamento periódico. Será esclarecido e fomentado junto aos grupos da comunidade a importância dos idosos em realizar seguimento do cuidado na UBS. Durante os

encontros na escola no PSE o médico, enfermeira irão orientar os alunos para disseminarem a proposta da intervenção e importância do acompanhamento dos idosos na UBS junto a sua família.

Ação: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde.

Detalhamento: A comunidade será informada sobre o programa de atenção à saúde da e pessoa idosa através de cartazes fixados na UBS, que serão realizados pela Equipe. Será dada visibilidade do programa junto aos líderes comunitários através de reuniões com os mesmos. A equipe da ESF irá realizar material explicativo sobre o programa que será distribuído aos alunos da escola para distribuírem na comunidade e para os familiares. Os ACS irão informar a comunidade de sua área sobre o programa, dias de atendimento e acesso para idosos e familiares.

Qualificação da Prática Clínica:

Ação: Capacitar a equipe no acolhimento aos idosos e capacitação da equipe da unidade de saúde para a Política Nacional de Humanização.

Detalhamento: a enfermeira e médica irão capacitar os ACS e demais profissionais no dia de reunião da equipe sobre a Política Nacional de Humanização (PNH) com ênfase no acolhimento utilizando o manual do Ministério da saúde. Cada dispositivo da política serão debatido com os ACS fomentando a troca de saberes e potencializado a construção coletiva para disparar os dispositivos da PNH.

Ação: Capacitar os ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço.

Detalhamento: Os ACS e demais profissionais da equipe serão capacitados sobre a importância de captar na comunidade os idosos durante reunião de equipe e será utilizada metodologia critica reflexiva sobre abordagem junto aos idosos para sensibilização da importância do acompanhamento na UBS.

Ação: Capacitação da equipe da unidade de saúde para a Política Nacional de Humanização.

Detalhamento: Faremos capacitação da equipe sobre a Política Nacional de Humanização. Será feito pelo médico da equipe no salão de reuniões.

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

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

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anual em todos idosos acompanhados pela unidade de saúde.

Detalhamento: Na sexta feira a médica irá monitorar a realização da avaliação multidimensional rápida através da ficha espelho e transcreverá para a planilha de coleta de dados.

Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropômetro, Tabela de Snellen...).

Ação: Definir as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos.

Detalhamento: Estes recursos já estão disponíveis na UBS, caberá a enfermeira realizar o controle e quando apresentarem problemas será solicitado à reparação ou substituição do equipamento.

Engajamento Público

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável.

Ação Compartilhar com os pacientes as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social.

Detalhamento: Durante as consultas e encontros, palestras com a comunidade será orientado a importância de realizar as avaliações para o tratamento oportuno, e a importância do controle social na participação das atividades realizadas. Será realizada pela enfermeira e médica.

Qualificação da Prática clínica

Ação: Capacitar os profissionais para o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pela UBS.

Ação: Treinar a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida.

Ação: Treinar a equipe para o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas.

Detalhamento: Nas reuniões da equipe realizaremos capacitação sobre atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pela UBS, aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida e encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas será feito pela médica da equipe.

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

Ação: 2.2. Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia

Monitoramento e avaliação

Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: Faremos monitoramento mensal da realização de exame clínico, será feito por médico e enfermeira da equipe na consulta.

Organização e gestão do serviço:

2.1: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos.

2.2. Garantir busca a idosos que não realizaram exame clínico apropriado.

2.3. Organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

2.4. Garantir a referência e contra-referência de pacientes com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades.

Detalhamento: Será definida na reunião de equipe a atribuição de cada membro na primeira semana da intervenção. A busca ativa a os faltosos a consulta pelas ACS, realizaremos agenda com Hipertensos e Diabéticos e será garantida as referencias a pacientes com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades.

Engajamento Público:

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

Detalhamento: Realizaremos palestras e orientações individuais a os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas é cuidados dos pés.

Qualificação da Prática Clínica:

2.1. Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

2.2. Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: Realizaremos capacitação a equipe exame clínico apropriado e registro adequado dos procedimentos clínicos, será feito pela médica e enfermeira da equipe.

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

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

Monitoramento e avaliação

Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

Detalhamento: Realizaremos uma vez a semana monitoramento dos idosos que tem exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo, será feito pela médica e enfermeira da equipe.

Organização e gestão do serviço:

3.1. Garantir a solicitação dos exames complementares.

3.2. Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

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

Detalhamento: Serão indicados pela médica da equipe exames complementares, e se falara com gestores municipais para garantir a agilidade para a realização.

Engajamento Público:

3.1. Orientar os pacientes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

3.2. Orientar os pacientes e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: Realizaremos palestras a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares e quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Qualificação da Prática Clínica:

3.1. Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: Realizaremos capacitação à equipe sobre solicitação de exames complementares, será feito pela médica da equipe.

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

Ação

Monitoramento e avaliação

Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular / Hiperdia.

Detalhamento: Na reunião da equipe se realizara monitoramento dos medicamentos da Farmácia Popular / Hiperdia, será feito pela médica, enfermeira e técnica em enfermagem.

Organização e gestão do serviço:

Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: Todas as semanas se avaliará o estoque (incluindo validade) de medicamentos e se incluirá no registro das necessidades, será feito pela enfermeira e técnica em enfermagem

Engajamento Público:

Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: Faremos palestras e se orientara de forma individual na consulta os direitos dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso, será feito pela médica da equipe.

Qualificação da Prática Clínica:

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

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

Detalhamento: Nas reuniões da equipe realizaremos capacitação sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia será feito pela médica da equipe.

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

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

Monitoramento e avaliação

Monitorar o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

Detalhamento: Será feito em as reuniões da equipe monitoramento do número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados, será feito pelas ACS.

Organização e gestão do serviço:

Garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa.

Detalhamento: Realizaremos um registro com todos os dados dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa, será feito pelas ACS.

Engajamento Público:

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

Detalhamento: Serão feitas palestras com a comunidade para informar sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da Unidade de Saúde, será feito pela médica e enfermeira da equipe.

Qualificação da Prática Clínica:

Capacitar os ACS para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência.

Detalhamento: Será feito capacitação a os ACS para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência, será feito pela médica da equipe.

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

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

Monitoramento e avaliação

Monitorar realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: Em cada reunião da equipe será feita a monitoramento da realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção, será feito pela equipe.

Organização e gestão do serviço:

Organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: Realizaremos uma agenda para organizar as visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção, será feito pelas ACS.

Engajamento Público:

Orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar.

Orientar a comunidade sobre a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: Realizaremos palestras para orientar a comunidade sobre a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados ou com problemas de locomoção, será feito pela médica e enfermeira da equipe.

Qualificação da Prática Clínica:

Orientar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Orientar os ACS para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar.

Detalhamento: Realizaremos capacitação a os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção e o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar, será feito pela médica da equipe.

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

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

Monitoramento e avaliação

Monitorar o número idoso submetidos a rastreamento para HAS, periodicamente (pelo menos anualmente).

Detalhamento: Uma vez ao mês realizaremos monitoramento do número idoso submetidos a rastreamento para HAS, será feito pela médica e enfermeira da equipe.

Organização e gestão do serviço:

Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS.

Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

Detalhamento: Realizar acolhimento para os idosos portadores de HAS, e garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial, será responsável a enfermeira da equipe.

Engajamento Público:

Orientar a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade.

Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS.

Detalhamento: Realizaremos palestras a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos e os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS, será feito pela médica e enfermeira da equipe.

Qualificação da Prática Clínica:

Capacitar a equipe da Unidade de Saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Detalhamento: Será feita capacitação à equipe sobre verificação da pressão arterial, será feito pela médica da equipe.

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

Ação: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

Monitoramento e avaliação

Monitorar número idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM, periodicamente (pelo menos anualmente).

Detalhamento: Cada 15 dias será feito o monitoramento dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM, será feito pela médica e enfermeira da equipe.

Organização e gestão do serviço:

Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM.

Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Criar sistema de alerta na ficha de acompanhamento para indicador o idoso que provavelmente terá que realizar o hemoglicoteste.

Detalhamento: Realizaremos um melhor acolhimento para os idosos portadores de DM, garantir material para realização do hemoglicoteste e realizaremos um aparte de alerta na ficha para os idosos que provavelmente terá que realizar o hemoglicoteste, será feito pela médica e enfermeira da equipe.

Engajamento Público:

Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica.

Orientar à comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM.

Detalhamento: Realizaremos palestras a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM, será feito pela médica e enfermeira da equipe.

Qualificação da Prática Clínica:

Capacitar a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

Detalhamento: Realizaremos capacitação à equipe para realização do hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80, será feita pela médica da equipe.

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

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

Monitoramento e avaliação

Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de idosos.

Detalhamento: Em cada consulta individual se realizará avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos, será feito pela médica da equipe.

Organização e gestão do serviço:

Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde.

Cadastrar os idosos na unidade de saúde.

Oferecer atendimento prioritário aos idosos na unidade de saúde.

Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.

Detalhamento: Realizaremos na reunião da equipe uma avaliação para organizar o acolhimento, cadastramento, atendimento prioritário e agenda de saúde bucal, será feito pela equipe.

Engajamento Público:

Informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de idosos.

Detalhamento: Realizaremos palestras para informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de idosos, será feito pela Odontóloga da equipe.

Qualificação da Prática Clínica:

Capacitar a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em idosos.

Detalhamento: Realizaremos capacitação a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em idosos, será feita pela Odontóloga da equipe.

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

Ação: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Cada semana na reunião da equipe realizaremos monitoramento de idosos cadastrados na Unidade em acompanhamento odontológico, será feito pela médica da equipe e pela Odontóloga.

Organização e gestão do serviço:

Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde.

Monitorar a utilização de serviço odontológico por idosos da área de abrangência.

Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.

Oferecer atendimento prioritário aos idosos.

Detalhamento: Realizaremos organização do acolhimento a utilização de serviço odontológico com agenda de saúde bucal para atendimento para oferecer atendimento prioritário aos idosos, será feita pela médica e Odontóloga da equipe.

Engajamento Público:

Informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de idosos e de sua importância para saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na Unidade de Saúde.

Esclarecer a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais.

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

Detalhamento: Realizaremos palestras a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de idosos e de sua importância para saúde geral, esclarecer sobre a necessidade da realização de exames bucais e ouvir a comunidade sobre estratégias para captação de idosos para acompanhamento odontológico, será feito pela médica e Odontóloga da equipe.

Qualificação da Prática Clínica:

Capacitar a equipe para realizar acolhimento do idoso de acordo com protocolo.

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

Capacitar os ACS para captação de idosos.

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

Detalhamento: Realizaremos capacitação a equipe para realizar acolhimento do idoso, realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico, captação e analisar com Odontóloga para realização de primeira consulta odontológica programática para idosos.

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

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

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

Monitoramento e Avaliação:

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

Detalhamento: Os agentes comunitários realizaram visita domiciliar aos idosos faltosos na consulta agendando consulta para eles uma vez por semana.

Organização e gestão do serviço:

Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Detalhamento: Os agentes comunitários realizaram visitas domiciliares aos pacientes faltosos a consulta e agendaram uma consulta uma vez por semana na tarde.

Organizar a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Se organizará agenda de trabalho para garantir a consulta dos idosos provenientes das buscas será feito pelo médico da equipe uma vez a semana.

Engajamento público.

Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos idosos (se houver número excessivo de faltosos).

Esclarecer os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Faremos palestras sobre a importância da realização das consultas, Faremos escuta e intercambio da comunidade para ter estratégias e não concorrer nas faltas à consulta e conversas sobre da periodicidade destas uma vez ao mês nos espaços da comunidade será feito por médico e enfermeira da equipe.

Qualificação da Prática Clínica:

Treinar os ACS para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: Se fará internamento a equipe sobre a periodicidade das consultas uma vez ao mês por o médico da equipe.

Definir com a equipe a periodicidade das consultas.

Detalhamento: Ter registros de consulta programada para conhecer os faltosos. Fazer busca ativa aos faltosos na consulta será feito por médico e enfermeira da equipe será monitorada uma vez por semana no horário da tarde.

A equipe será capacitada, na reunião da equipe a médica e enfermeira serão as responsáveis utilizando o protocolo. Cada participante irá ler trechos do mesmo e será debatido entre os presentes.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

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

Monitoramento e Avaliação:

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

Detalhamento: Realizaremos monitoramento da qualidade dos registros dos idosos acompanhados, será feito pela médica e enfermeira da equipe.

Organização e gestão do serviço:

Manter as informações do SIAB atualizadas.

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

Pactuar com a equipe o registro das informações.

Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de

exame complementar, a não realização da Avaliação Multidimensional Rápida e dos demais procedimentos preconizados.

Detalhamento: A enfermeira realizará informações ao SIAB semanal, solicitaremos a secretaria da saúde municipal planilha para acompanhamento dos idosos será feito por médico da equipe. As informações serão registradas por enfermeira da equipe e a técnica em enfermagem será a responsável de monitorar os registros das informações semanalmente.

Engajamento público.

Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: Na consulta e nos espaços da comunidade se vão fazer conversas com os idosos e seu familia e se orientará sobre os direitos que eles têm de seus registros e acesso a segunda via se necessário será feito por médico da equipe na consulta e em os espaços da comunidade.

Qualificação da Prática Clínica:

Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos.

Detalhamento: Fazer registros específicos aos Idosos. Os gestores municipais deveram fornecer das fichas. Revisão e monitoramento dos registros dos Idosos serão responsável médico e enfermeira da equipe uma vez por semana na UBS.

Meta 2: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

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

Detalhamento: Se distribuíram a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados, na consulta programada de todos os idosos, será feito por o médico da equipe na consulta segundo corresponda.

Monitoramento e Avaliação:

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

Detalhamento: Realizaremos monitoramento a qualidade dos registros dos idosos acompanhados uma vez a semana será feito pela médica e enfermeira da equipe.

Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Detalhamento: Realizaremos monitoramento dos registros dos idosos acompanhados uma vez a semana será feita pela médica e enfermeira da equipe.

Organização é gestão do serviço:

Solicitar ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Detalhamento: Solicitar ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Orientar os Idosos e a comunidade a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção e informar a comunidade com cartazes fixados na UBS. Capacitar a equipe para preencher a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa será feito por médico da equipe na UBS uma vez ao mês.

Engajamento público.

2.1. Orientar os idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção.

Detalhamento: Em cada consulta individual será orientado ao paciente sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção, será feito pela médica da equipe.

Qualificação da Prática Clínica:

Capacitar a equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa.

Detalhamento: Se fará capacitação para preenchimento da caderneta à equipe e será feito por médico da equipe na UBS uma vez.

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

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

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

Monitoramento e Avaliação:

Monitorar o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência.

Detalhamento: Realizaremos monitoramento do número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência, será feito pela médica da equipe.

Organização é gestão do serviço:

Priorizar o atendimento a idosos de maior risco de morbimortalidade.

Detalhamento: Faremos uma agenda com os idosos de maior risco de morbimortalidade para priorizar seu atendimento se monitorara uma vez por semana e será feito por o médico da equipe.

Engajamento público:

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

Detalhamento: Na consulta com os idosos se orientará seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente será feito em cada consulta destes e será feito por o médico da equipe.

Qualificação da Prática Clínica:

Capacitar os profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa.

Detalhamento: Fazer nas reuniões da equipe semanal capacitações a tudo equipe sobre identificação de riscos da pessoa idosa, será feito por o medico da equipe na UBS semanal.

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

Ação 2: Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia.

Monitoramento e Avaliação:

Monitorar o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice.

Detalhamento: Faremos revisão mensal dos registros dos idosos para fazer busca dos idosos que faltam por avaliação de fragilização, será feito por o médico e enfermeira da equipe na UBS, mensal.

Organização é gestão do serviço:

Priorizar os atendimentos idosos fragilizados na velhice.

Detalhamento: Faremos uma agenda com idosos classificados como frágeis para priorizar seu atendimento se monitorara uma vez por semana e será feito por o médico da equipe.

Engajamento público:

Orientar os idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente.

Detalhamento: Na consulta com os idosos e também nos espaços da comunidade faremos conversas e se orientará seu nível de fragilização e sobre a importância do acompanhamento mais frequente será feito em cada consulta destes e será feito por o médico da equipe.

Qualificação da Prática Clínica:

Capacitar os profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice.

Detalhamento: Realizaremos capacitação a os profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice, será feita pela médica da equipe.

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

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

Monitoramento e Avaliação:

Monitorar a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS.

Monitorar todos os idosos com rede social deficiente.

Detalhamento: Realizaremos monitoramento de avaliação da rede social eos idosos com rede social deficiente nas reuniões da equipe, será feito pela equipe.

Organização é gestão do serviço:

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

Detalhamento: Será agendado as visitas domiciliar os idosos com rede social deficiente, será feito pelo recepcionista da equipe.

Engajamento público:

Orientar os idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde.

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

Detalhamento: Realizaremos palestras para orientar a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde e estimular na

comunidade a promoção da socialização da pessoa idosa (trabalhos em igrejas, escolas, grupos de apoio...) e do estabelecimento de redes sociais de apoio, será feito pela médica e enfermeira as equipe.

Qualificação da Prática Clínica:

Capacitar a equipe para avaliar a rede social dos idosos.

Detalhamento: Realizaremos capacitação da equipe para avaliar a rede social dos idosos, será feito pela médica da equipe.

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos

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

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

Monitoramento e Avaliação:

Monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos.

Monitorar o número de idosos com obesidade / desnutrição.

Detalhamento: Registraremos nas fichas de atendimento aos idosos com obesidade / desnutrição para monitorar câmbios nas mensurações da cada consulta, será feito por o médico da equipe.

Organização é gestão do serviço:

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

Detalhamento: Faremos capacitação nas reuniões da equipe a os membros dela sobre como fazer orientação aos idosos sobre hábitos alimentares saudáveis. Será feito na reunião de equipe por o médico da equipe.

Engajamento público.

Orientar os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis.

Detalhamento: Fazer palestras aos idosos, cuidadores e a comunidade da adoção de hábitos alimentares saudáveis nos espaços do barrio uma vez cada dois meses, será feito por o médico e enfermeira da equipe.

Qualificação da Prática Clínica:

Capacitar a equipe para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável" ou o "Guia alimentar para a população brasileira".

Detalhamento: Realizaremos capacitação a equipe sobre a promoção de hábitos alimentares saudáveis, será feito pela médica da equipe.

Capacitar a equipe para a orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: Realizaremos capacitação a equipe sobre orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos, será feito por o médico e enfermeira da equipe uma vez cada dois meses.

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

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

Monitoramento e Avaliação:

Monitorar a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos.

Monitorar o número de idosos que realizam atividade física regular.

Detalhamento: Faremos atividades educativas e orientadoras aos idosos sobre a importância da prática regular de atividade física, registraremos nas fichas de atendimentos os idosos que fazem atividade física regular para monitorar e faremos caminhadas com eles uma vez à semana, será feito por o médico da equipe.

Organização é gestão do serviço:

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

Demandar do gestor municipal parcerias institucionais para realização de atividade física.

Detalhamento: Definiremos o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular Solicitar aos gestores municipais um professor de educação física, será feito pela médica da equipe.

Engajamento público:

Orientar os idosos e a comunidade para a realização de atividade física regular.

Detalhamento: Orientar com palestras aos idosos, cuidadores e a comunidade na consulta os espaços da comunidade sobre os benefícios da realização de atividade física regular, será feito por o médico e enfermeira da equipe uma vez cada dois meses.

Qualificação da Prática Clínica:

Capacitar a equipe para orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular.

Detalhamento: Solicitar do gestor municipal parcerias para realização de atividades físicas. Definir o papel dos membros da equipe na orientação para prática regular de atividade física o responsável è médico da equipe uma vez a semana na tarde.

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

Ação: Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal

Monitoramento e Avaliação:

Monitorar as atividades educativas individuais sobre higiene bucal.

Detalhamento: Se monitoradomensalmente as atividades educativas feitas pela equipe, na reunião de equipe será feito pela Odontóloga.

Organização é gestão do serviço:

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

Detalhamento: Na programação de consulta temos um tempo para cada paciente o que vamos a fazer mais de 15 minutos depois de fazer avaliação adequada e dedicar 10 minutos a orientação individual a cada paciente na consulta, será feito por o médico da equipe.

Engajamento público:

Orientar os idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias.

Detalhamento: Orientar com palestras aos idosos, cuidadores e a comunidade na consulta e os espaços da comunidade sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias, será feito por a Odontóloga da equipe uma vez cada dois meses.

Orientar os idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias.

Detalhamento:

Qualificação da Prática Clínica:

Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias.

Detalhamento: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses e orientar aos idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias será o responsável a Odontóloga da equipe nas reuniões de equipe.

2.3.2 Indicadores

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

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 60 %.

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

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 2.4: Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada complementares periódicos em dia.

Numerador: Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 2.8: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para Diabetes Mellitus.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.

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

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com orientação sobre higiene bucal.

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

2.3.3 Logística

Para a implantação da intervenção vamos a utilizar o protocolo de Envelhecimento à Saúde Pessoa Idosa do Ministério da Saúde: Portaria Nº 2.528 de 19 de Outubro de 2006. Ainda não disponibilizamos o mesmo na UBS, mas solicitaremos a secretaria de saúde ou ao Centro de Idosos de Bagé.

Utilizaremos os prontuários de todos os usuários idosos e a ficha espelho disponibilizadas pelo curso que contempla os dados não disponibilizados pelos prontuários como avaliação clínica geral, avaliação de fragilidade, avaliação de riscos de morbimortalidade, orientações individuais. Assim para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, o médico da equipe irá realizar o monitoramento dos cadastrados e o seguimento do cuidado. Faremos contato com o gestor municipal para impressão das fichas espelho. Serão necessárias 100 fichas espelhos.

Para a organização dos registros a enfermeira da equipe irá revisar o registro os idosos para localizar os prontuários deles e irá transcrever os dados disponíveis do prontuário para a ficha espelho. Esta ação será realizada semanalmente.

A análise situacional e a definição do foco para a intervenção já foram discutidos com a equipe da UBS. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação sobre o protocolo de saúde a pessoa idosa para que toda a equipe utilize esta referência na atenção a os idosos. A capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto será reservada duas horas ao final do horário de trabalho, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe. Cada membro da equipe estudará uma parte do protocolo e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe. Iremos precisar de dois protocolos.

Para monitorar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde periodicamente o seja mensalmente. A enfermeira e a médica irão verificar mensalmente os prontuários e ficha espelho verificando o cadastro das pessoas com 60 anos ou mais cadastradas para que todos sejam cadastrados.

Os idosos que acessarem a UBS por demanda espontânea serão acolhidos pela técnica de enfermagem, médico realizando escuta qualificada direcionando-o para a resolutividade. As consultas programáticas serão proporcionadas através agendamento por telefone e pelos cuidadores e ACS da área. Será instituído um turno no horário da tarde na consulta da UBS para agendamento somente para idosos.

Será organizado junto aos ACS um cronograma para o cadastramento de toda a população Idosa da área. Para isso vamos a fazer Capacitação os ACS na busca dos Idosos que não estão cadastrados. Também vamos Informar a população à existência do programa de atenção a Idoso através de cartazes fixados na UBS. Nos encontros da comunidade serão fornecidas orientações sobre a importância dos Idosos realizarem acompanhamento na unidade de saúde. Também serão cadastrados os idosos que acessarem a UBS e ainda não foram cadastrados pelos ACS. Irei precisar três cartolina para cartazes, duas canetas, pinceis atômicos vermelho um, um preto e um azul .

Iremos esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde em todas as consultas o médico irá orientar os idosos e familiares que possuem idosos para a importância do acompanhamento periódico. Será esclarecida e fomentado junto aos grupos da comunidade a importância dos idosos em realizar seguimento do cuidado na UBS. Durante os encontros na escola no PSE o médico, enfermeira irão orientar os alunos para disseminarem a proposta da intervenção e importância do acompanhamento dos idosos na UBS na sua família. Será Informada a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde. A comunidade será informada sobre o programa de atenção á saúde da e pessoa idosa através de cartazes fixados na UBS, que serão realizados pela Equipe. Será dada visibilidade do programa junto aos líderes comunitários através de reuniões com os mesmos.

A equipe da ESF irá realizar material explicativo sobre o programa que será distribuído aos alunos da escola para distribuírem na comunidade e para os familiares. Os ACS irão informar a comunidade de sua área sobre o programa, dias de atendimento e acesso para idosos e familiares. Realizaremos 200 boletins com material explicativos o que irá precisar ser feitos e impressos com a gestão da secretaria de saúde municipal para a confecção dos mesmos.

Capacitar a equipe no acolhimento aos idosos e capacitação da equipe da unidade de saúde para a Política Nacional de Humanização. A enfermeira e médica irão capacitar os ACS e demais profissionais no dia de reunião da equipe sobre a Política Nacional de Humanização com ênfase no acolhimento utilizando o manual do Ministério da saúde. Cada dispositivo da política será debatido com os ACS fomentando a troca de saberes e potencializado a construção coletiva para disparar os dispositivos da PNH. Para o que precisarei de um manual de a Política Nacional de Humanização com ênfase no acolhimento.

Serão Capacitados os ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento na UBS. Os ACS e demais profissionais da equipe serão capacitados pelo médico uma vez ao mês durante reunião de equipe e será fomentada a sobre a importância de captar na comunidade os idosos para sensibilização da importância do acompanhamento na UBS.

Realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade de saúde e preencher nas fichas. Faremos exame clínico geral na consulta programada será feito por médico em cada consulta programada. Definiremos na reunião da equipe quem vai fazer mensurações, medição da PA, HGT, que deve ser a técnica em enfermagem a todos os Idosos na consulta no local de procederes de enfermagem. Também a as ACS irão realizar a visita domiciliar aos Idosos para a busca ativa dos faltosos. Organizaremos a agenda para ter uma tarde na semana para os atendimentos a os Idosos faltosos depois dos cinco atendimentos agendados será feito por médico da equipe na consulta da UBS.

Indicar exames complementares a todos os Idosos durante as consulta programada na UBS será feito por médico da equipe. Os exames indicados são Hemograma completo, Glicemia em Jejum, Colesterol total, LDL, HDL, Triglicérides, Uréia, Creatinina, Ácido Úrico, Hemoglobina Glicosilada, Microalbuminúrica, EQU, TSH, ECG.

Para conhecer o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados. Será realizado visita domiciliar com ajuda da comunidade para cadastrar a toda pessoa idosa acamada ou com dificuldades na locomoção uma vez por semana será feito por os ACS nos domicílios. A comunidade será informada sobre o serviço de visita domiciliar aos usuários acamados e com problema de locomoção durante os encontros com a comunidade e iremos informar

também através de cartazes fixados na UBS, que serão realizados pela equipe. Será necessário três cartolinas e um pincel atômico nas cores vermelho, preto e azul

Para monitorar a necessidade de tratamento odontológico dos idosos iremos organizar acolhimento os idosos na unidade de saúde. Oferecer atendimento prioritário aos idosos na unidade de saúde. Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos. O acolhimento a os Idosos será feito pela recepcionista, enfermeira, técnica em enfermagem na recepção da UBS sempre que tenha consulta, será feito cadastro com dados gerais na ficha do atendimento por recepcionista e oferecerá atendimento prioritário aos idosos. A Odontóloga fará uma agenda para aos idosos para sua primeira consulta e seguimento será feito por Odontóloga.

Visitar os faltosos a consulta. Os ACS realizaram visita domiciliar aos idosos faltosos na consulta agendando consulta para eles uma vez por semana. A médica e enfermeira irão monitorar os idosos faltosos as consultas e irão repassar o nome para os ACS realizarem a Busca ativa

A equipe será Capacitada para preencher a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa será feito por médico da equipe na UBS uma vez ao mês. Serão necessárias 200 Cadernetas de Saúde da Pessoa Idosa.

Iremos realizar atividades de educação em saúde sobre orientação nutricional. Monitorar o número de idosos com obesidade / desnutrição. Registraremos nas fichas de atendimento aos idosos com obesidade / desnutrição para monitorar as mensurações em cada consulta, será feito por o médico da equipe na consulta da UBS. Serão realizadas as atividades na consulta da UBS e vou a precisar as fichas de atendimento para registrar os dados. Serão necessárias 200 fichas de atendimento.

Fazer atividades de orientação para prática regular de atividade física. Monitorar a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos. Monitorar o número de idosos que realizam atividade física regular. Faremos atividades educativas e orientadoras aos idosos sobre a importância da prática regular de atividade física, registraremos nas fichas de atendimentos os idosos que fazem atividade física regular para monitorar e faremos caminhadas com eles uma vez na semana, será feito por o médico da equipe.

Faremos palestras para orientação sobre higiene bucal. Orientaremos nas palestras aos idosos, cuidadores e a comunidade na consulta e os espaços da

comunidade sobre a importância da saúde e higiene bucal, será feito por o médico e enfermeira da equipe uma vez cada dois meses. Precisaremos das maquetes que da Odontóloga, como moldes de dentes de acrílico (arcada dentárias), escova dental.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

A intervenção foi planejada para ser realizada em 16 semanas, mas por necessidade de adequação do calendário acadêmico da UFPEL a mesma aconteceu em 12 semanas.

Quando da realização dos CAPS, utilizamos o registro de 2012, e apenas havia o cadastro sem nenhum registro das ações realizadas. Quando iniciamos a intervenção optamos em ignorar os registros de cadastro dos idosos, pois eram muito frágeis e começamos realizar um novo cadastro.

Trabalhamos muito para aumentar a cobertura da atenção a pessoa Idosa, realizando as ações conforme previstas, incluindo as duas equipes que contemplam 518 pessoas maiores de 60 anos, nosso objetivo era ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso para 60%. Durante a intervenção conseguimos cadastrar a 237(46%), mesmo com todo o desempenho da equipe não conseguimos atingir a meta pactuada.

No eixo da avaliação e monitoramento, a enfermeira e o médico da equipe realizavam nas quartas-feiras o monitoramento da cobertura dos idosos analisando a solicitação dos exames laboratoriais, se estava sendo realizada a primeira consulta Odontológica programática, os idosos faltoso a consulta e se o ACS havia realizado a busca ativa. A atualização dos prontuários e registro na ficha espelho, e o preenchimento da Caderneta de saúde da pessoa idosa, os que faltam nas reconsulta com os exames para identificação do risco de morbimortalidade e fragilização na velhice e acompanhamento, e as ações de educação em saúde foram realizadas semanalmente e transcrita para a planilha de coleta de dados. A ficha espelho e a planilha de coleta de dados foram instrumentos muito valiosos, permitindo acompanhar o desenvolvimento das ações e intensificar aquelas que

necessitam de melhorias. Foi uma experiência singular realizar o monitoramento e avaliação, pois está prática até então não era realizada e nunca havia sido pensada a possibilidade de olhar a produção no campo do trabalho, é além de monitorar o que a equipe estava realizando, foi uma forma de motivar a equipe visualizando o desempenho das ações.

No eixo da qualificação da prática clínica; realizamos na primeira e segunda semana a capacitação da equipe sobre protocolo de Envelhecimento à Saúde Pessoa Idosa do Ministério da Saúde: Portaria Nº 2.528 de 19 de Outubro de 2006. A metodologia utilizada foi critica-reflexiva, proporcionando a cada participante ler parte do manual e discutir com o grupo correlacionando teoria com prática. Também foi realizada a capacitação a equipe sobre acolhimento aos idosos da unidade de saúde baseada na Política Nacional de Humanização. Foram momentos de muito entusiasmo, troca de saberes e serviu também para fortalecer o vínculo.



Figura 3- Capacitação realizada para os profissionais da UBS. UBS Passo das Pedras, Bagé/RS. 2015.

Fonte arquivos da especializada.

No eixo da organização e gestão do serviço:

Inicialmente foi conversado com a equipe como a intervenção ia ocorrer às ações a serem realizadas e a equipe ficou muito contente, como podemos conferir nas falas abaixo:

ACS 1- “Bem satisfatório para os usuários e para a equipe porque terão uma visão melhor dos pacientes, acordo e apoio”.

ACS 2- “Vai ser bem bom para os idosos fazer grupos eles reclamam que não tem nada para fazer, agora sim”.

ACS 3- “Eu acho que é bom vai a integrar mais os idosos com a equipe”.

Enfermeira 1: “Vai nos proporcionar um conhecimento melhor da saúde da nossa população idosa”.

Técnica em enfermagem 1: “Eu acho que vai ter mais conhecimento dos riscos dos idosos e melhorar a qualidade de vida e trazer alegrias para eles e para nós”.

Enfermeira 2- “Eu vou apoiar em tudo o que precisem, eu acho muito legal”.

Recepcionista “Muito bom o projeto e assim os idosos serão avaliados e mais atendidos e integrados a UBS”.

Frente ao entusiasmo e apoio dos profissionais foi possível implementar o acolhimento aos idosos, eram agendadas as consultas e assim que os mesmos acessavam a UBS já eram encaminhados para consulta os ,que acessavam a UBS com outro motivo era agendada a próxima consulta. As ACS realizavam a busca ativa dos faltosos as consultas.

Organizamos a agenda para melhor realizar o trabalho, quando o idoso chegava a UBS já era realizada a pesagem e aferido os sinais vitais, solicitados exames e realizávamos a consulta clínica conforme preconizado pelo protocolo e programado o novo retorno para consulta.

A organização e gestão do serviço foi extremamente útil, pois conseguimos organizar o serviço na ESF e fortalecendo o processo de trabalho da equipe.



Figura 4- Atendimento sendo realizado na UBS com idosos. UBS Passo das Pedras, Bagé/RS. 2015.

Fonte: arquivos da especializanda



Figura 5 - Atendimento sendo realizado na UBS com idosos. UBS Passo das Pedras, Bagé/RS. 2015.

Fonte: arquivos da especializanda.



Figura 6 - Atendimento sendo realizado na UBS com idosos. UBS Passo das Pedras, Bagé/RS. 2015.

Fonte: arquivos da especializanda.

A equipe organizou as visitas domiciliares para os acamados, e desta maneira conseguimos acompanhar 100% dos mesmos, um fato que chamou a atenção é que alguns nunca haviam recebidos este tipo de cuidado. Foi um momento muito gratificante tanto para a equipe como para o usuário que se sentiu valorizado. Dos onze acamados três tem amputação de um membro inferior, dois tetraplégicos, um com paralisia Cerebral, 2 velhice e três com sequelas de Acidente Vascular cerebral (ACV).



Figura 7 - Atendimento sendo realizado na UBS com idosos. UBS Passo das Pedras, Bagé/RS. 2015.

Fonte: arquivos da especializanda.

No eixo do engajamento público realizamos palestras com a participação dos Idosos, familiares e comunidade esclarecendo a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso na UBS, que foi realizado na sala de espera alguns usuários comentaram e gostaram muito do que a equipe estava propondo, conforme pode ser observado nas falas abaixo:

Usuário 1- (cantor): “É muito legal isto, ótimo, eu vou a trazer um CD da minha música para fazer atividades culturais também”

Usuário 2 de 42 anos pergunto: “Eu não posso participar nas atividades da intervenção , adorei isso”? Eu falei que sim, que necessitamos líderes comunitários que apoiem as atividades do projeto. Foi muito enriquecedora e produtiva já que se converteu em um intercâmbio de perguntas e respostas.

No decorrer da intervenção quando os idosos eram questionados de como estavam percebendo a intervenção destaque alguns depoimentos:

Usuário 3 “É uma coisa muito boa, é ótimo, excelente”

Usuário 4 e sua Filha: “É muito legal, porque as pessoas imediatamente se têm alguma coisa e não ficam sabendo e agora os problemas tem sido conversado e eles estão sendo examinados e com isso ajuda muito”.

As conversas e encontros realizados na sala de espera esclareceram a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre orientação da importância da prática regular de atividade física e consumo de frutas e alimentação saudável. Destas atividades coletivas nas 12 semanas da intervenção participaram 211 Idosos e população em geral, no final dos encontros era perceptível a satisfação dos usuários e familiares com ótima aceitação e participavam com questionamentos para a equipe sobre os temas. Foram momentos muito enriquecedor e gratificante, com trocas de experiência e fortalecimento de vínculo com a equipe.



Figura 8- Encontros realizados em sala de espera na UBS com idosos. UBS Passo das Pedras, Bagé/RS. 2015.

Fonte: arquivos da especializada.



Figura 9 - Encontros realizados em sala de espera na UBS com idosos. UBS Passo das Pedras, Bagé/RS. 2015.

Fonte: arquivos da especializada.

As atividades a os Idosos de promoção de saúde foram realizadas de forma individual e nas atividades coletivas, orientações sobre alimentação saudável, consumo de frutas e vegetais, obesidade e seus riscos, higiene bucal, etc.

Foram realizadas oficinas sobre a alimentação saudável, e foi proporcionado aos mesmos degustar os sucos realizados e ao mesmo tempo foi uma atividade terapêutica onde eles se descontraíram, conversaram, questionaram e aprenderam a realizar as receitas, com frutas da época, acessível, de baixo custo e disponível em suas casas.



Figura 10 - Oficina realizada sobre alimentação saudável UBS Passo das Pedras, Bagé/RS. 2015.

Fonte: arquivos da especializanda.



Figura 11- Imagem oficina realizada sobre alimentação saudável UBS Passo das Pedras, Bagé/RS. 2015. Fonte: arquivos da especializanda.

Durante a intervenção nos deparamos com dificuldades, ente elas e ainda permanece é a demora dos exames laboratoriais, que chegam a demorar mais de um mês. Também nos deparamos com a falta de ACS nas duas áreas da UBS, o

que dificultou que mais usuários fossem cadastrados, mas mesmo assim conseguimos realizar a intervenção com qualidade..

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas às ações previstas no cronograma até a 12ª semana foram realizadas.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Não tivemos dificuldades na coleta e sistematização de dados e também não no preenchimento das planilhas e fechamento das planilhas.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

A planilha de coleta dos dados já está incorporada a rotina do serviço, e muito bem aceita pela equipe de saúde, mas ainda temos que melhorar alguns aspectos como uma pergunta na coleta dos dados que não fica clara, por exemplo: O idoso Hipertenso e/ou Diabético tem solicitação de exames complementares em dia neste caso eu acho deveria ser dirigida a todos os Idosos porque o projeto e dirigido a todos os Idosos.

A planilha de coleta de dados foi excelente, pois podíamos acompanhar semanalmente o desempenho das ações preconizadas pelo protocolo e conseguíamos visualizar através de gráficos o que estávamos realizando.

A intervenção já está incorporada a rotina da UBS, ou seja, com todas as ações previstas no projeto e continuará sendo parte de nossos atendimentos na atenção a saúde da pessoa Idosa e iremos alcançar em breve a meta pactuada.

Resumindo o trabalho feito até aqui foi bom e particularmente prazeroso e vamos dar continuar com o a intervenção em saúde do idoso e fazendo sucesso, cumprindo o objetivo da APS: promoção e prevenção das doenças.

A população agradece e os idosos esse grupo tão vulnerável e muitas vezes desassistido estão tendo uma excelente atenção e isso melhora muito a qualidade de vida. O mais gratificante e relevante do trabalho é os resultados atingidos até

agora onde conseguimos estabilizar as doenças crônicas em vários usuários, temos em acompanhamento outros que ainda precisam de avaliação, realizamos diagnósticos novos de doenças crônicas em idosos supostamente saudáveis sem tratamento médico até o momento que foi acompanhado e encaminhamos os casos necessários para avaliação por especialista.

As equipes em conjunto com os usuários que participaram da intervenção estão satisfeitos pelos resultados alcançados até agora para que continue o trabalho com o objetivo de garantir melhor qualidade na vida dos Idosos por ser uma idade muito vulnerável e que precisa ser cuidada. Estamos prontos para dar seguimento na melhoria da saúde da pessoa idosa e em outras ações programáticas.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção teve início no dia 7 de Abril de 2015 e finalizou no dia 6 de Agosto de 2015, e tratou da Melhoria da Atenção á saúde da pessoa idosa. UBS Passo das Pedras. Bagé. RS.

A cobertura da atenção a pessoa idosa de 60 anos ou mais antes da intervenção era de 253 (37%) para uma estimativa de 658 idosos, para a realização dos resultados utilizou-se a planilha de coleta de dados que prevê a estimativa de 518 idosos.

Durante a intervenção conseguimos cadastrar a 237(46%), mesmo com todo o desempenho da equipe não conseguimos atingir a meta pactuada. No início da intervenção detectamos que os idosos nunca haviam sido avaliados conforme o preconizado pelo protocolo da pessoa idosa e começamos a intervenção com o propósito de melhorar a qualidade do cuidado e desconsideramos os cadastros anteriores tendo em vista que os cadastros eram de 2012.

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

Meta: 1.1 Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 60 %.

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

No primeiro mês foram cadastrados 66 (13%), segundo mês 156 (30%), terceiro mês 237(46%) dos Idosos da área de abrangência da UBS. (Figura 15)

A meta de 60% não foi atingida, mas as ações foram realizadas durante os três meses de intervenção nos quatros eixos pedagógicos. A capacitação dos profissionais contribuiu para que todos tivessem a mesma participação, o

acolhimento realizado para os Idosos, os grupos de HIPERDIA o engajamento público com a comunidade principalmente a divulgação da intervenção junto aos líderes comunitários e comunidade. A melhoria da cobertura do programa é destas ações é de muita importância para o serviço e para este grupo priorizado, é necessário continuar e fortalecer ainda mais engajamento público com a comunidade para que estes sejam multiplicadores da importância da atenção a pessoa Idosa. Como a intervenção está incorporada a rotina da UBS, vamos conseguir ampliar a cobertura da atenção a pessoa idosa contribuindo para a qualidade de vida.

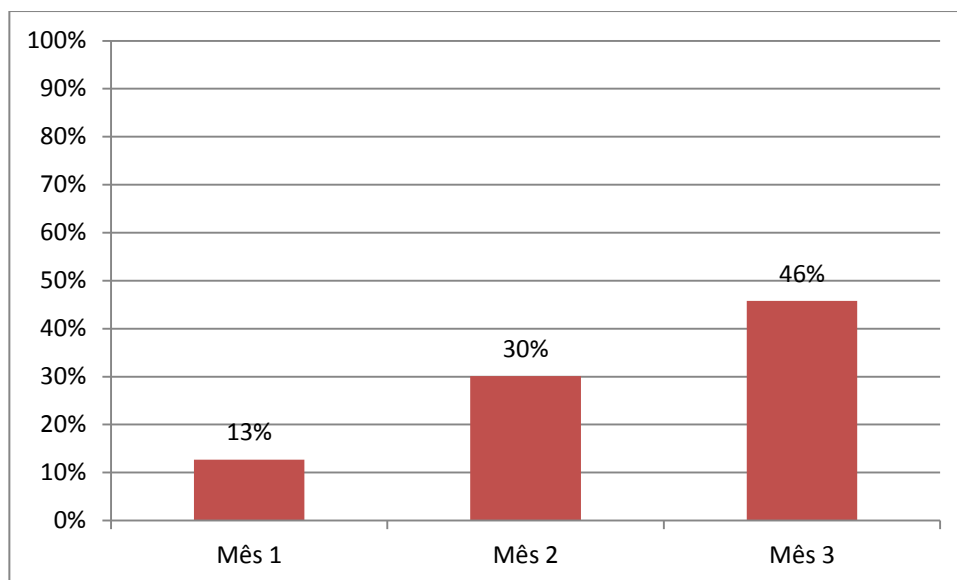


Figura 12- Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso. UBS Passo das Pedras. Bagé/RS.2015.

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

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

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

No primeiro mês da intervenção realizamos a avaliação multidimensional rápida á 66 (100%), no segundo mês 156 (100%), no terceiro mês a 237 (100%), a meta foi atingida.

A Avaliação Multidimensional Rápida iniciava com a triagem realizada pela enfermeira do peso, altura e perímetro braquial, depois na consulta à médica calculava o Índice de massa corporal, e já na consulta aplicava a escala de Avaliação Multidimensional tendo em conta a escala de Evolução Multidimensional Rápida (visão, audição, incontinência, atividade diária, queda, atividade sexual, humor e depressão, memória, MMSS/MMII, domicílio e suporte social).

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

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

No primeiro mês da intervenção foi realizado o exame clínico apropriado a 66 (100%), no segundo mês 156 (100%), no terceiro mês à 237 (100%), dos usuários a meta foi atingida .Esta ação foi realizada pelo médico nas consultas programadas, através exame físico geral, incluindo exame dos pés, uma usuária foi diagnosticado com níveis tensionais alta da pressão arterial sistema , HGT alterada, sem prévio diagnóstico de HTA e DM. Dos usuários que foram acompanhados durante a intervenção encontramos modificações fisiológicas dos pés como deformidades dos dedos, alterações na pele (hiperqueratose), metatarsalgias, etc. e com exame dos pés alterados encontramos 59 como a presença de afecções vasculares (insuficiência Venosa), varizes, e com diminuição do pulso Pedioso quatro usuários e com alterações do pulso tibial dois.

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

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

Dos usuários hipertensos e/ou diabéticos cadastrados e acompanhados durante a intervenção teve o seguinte desempenho: Em cada consulta foi indicados os exames complementares pelo médico, no primeiro mês foi solicitado os exames complementares a 66(100 %), no segundo mês a 156(100 %), no terceiro mês a 237(100 %).

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

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

No começo da intervenção só 51(77 %) dos Idosos de 66 cadastrados possuíam prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada. No segundo mês 127 (81%) de 156 e no terceiro mês 216 (91%), na medida em que os idosos eram cadastrados e acompanhados e diagnosticados ou já portadores de patologias eram orientados sobre os benefícios econômicos dos medicamentos da Farmácia Popular, e o direito deste benefício. Os usuários que não utilizavam os medicamentos da farmácia popular justificavam que a dosagem não é a mesma, ou seja, eram fraco, muitos fizeram seus atendimentos de forma particular e compravam nas outras farmácias. Para conseguir atingir a meta vamos continuar conscientizando a população sobre os benefícios dos medicamentos e tentar desfazer pré-julgamentos.

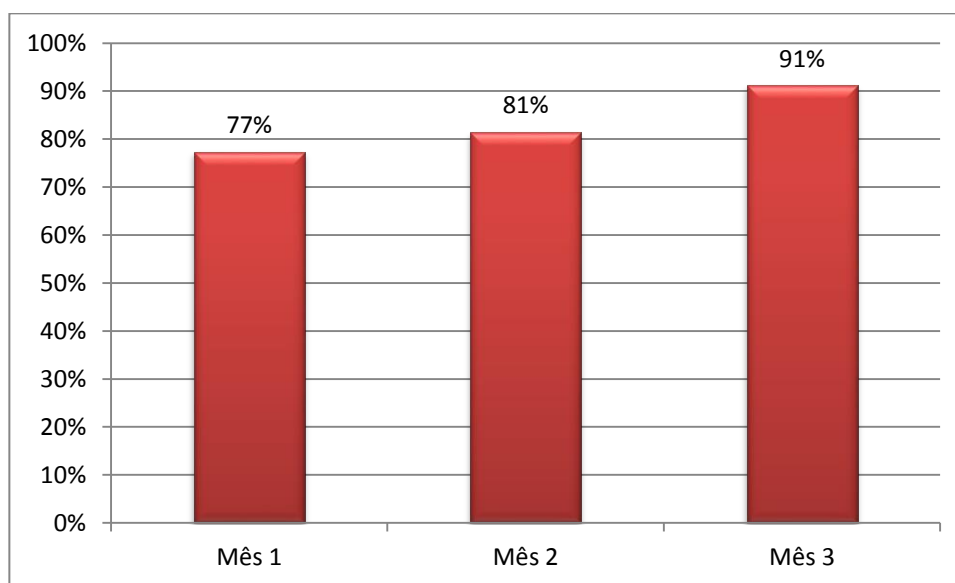


Figura 13. Proporção de Idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada. UBS Passo das Pedras. Município Bagé- RS.2015.

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

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

No primeiro mês tinha conhecimento de ter seis idosos acamados ou com problemas de locomoção e foram cadastrados no projeto 3 (50 %) pela falta dos ACS posteriormente foram cadastrados, no segundo mês cadastramos 10 (100 %), e no terceiro mês 11 (100 %), foi muito importante a colaboração dos líderes comunitários para atingir esta meta. Estratégia demonstrou ser muito eficaz, pois os mesmo avisavam a equipe e logo era realizada a visita domiciliar pela médica e/ ou enfermeira.

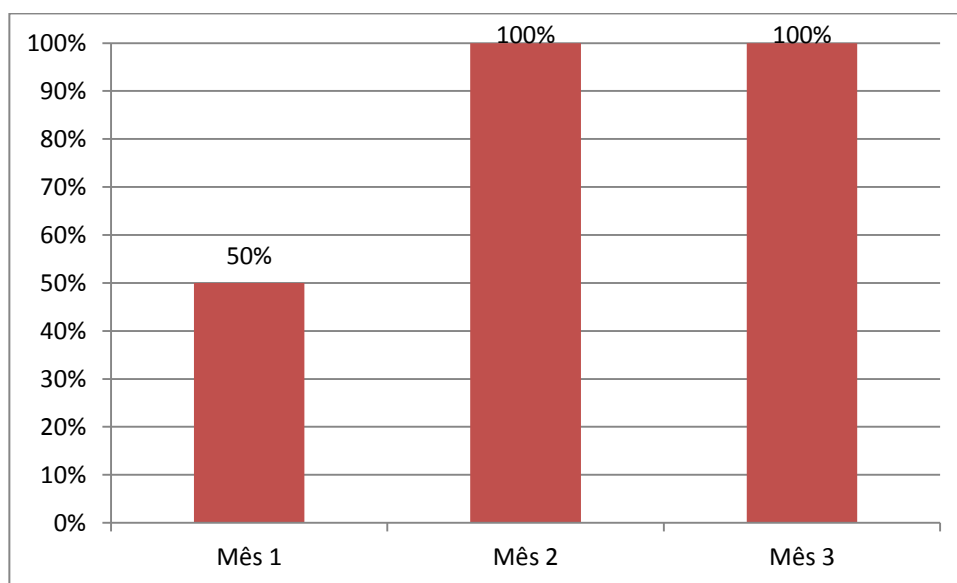


Figura 14. Proporção de Idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados. UBS Passo das Pedras. Município Bagé- RS.2015.

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

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

No primeiro mês dos Idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados de três foi realizada a visita domiciliar para a 1 (33 %) já que esteve de atestado médico, no segundo mês foram cadastrados 10 e se realizou a visita domiciliar aos 10 (100 %), e no terceiro mês 11 (100 %), foi muito importante a colaboração da equipe para atingir esta meta. Assim que ficávamos sabendo que havia idosos acamados ou com problemas de locomoção, logo era organizada a agenda para a realização de a visita domiciliar. Dos 11 acamados ou com problemas de locomoção as principais doenças foram: três tem amputação de um membro

inferior, dois com tetraplegia, um com paralisia cerebral, dois por limitações da velhice e três com sequelas de Acidente Cerebral Vascular (ACV).

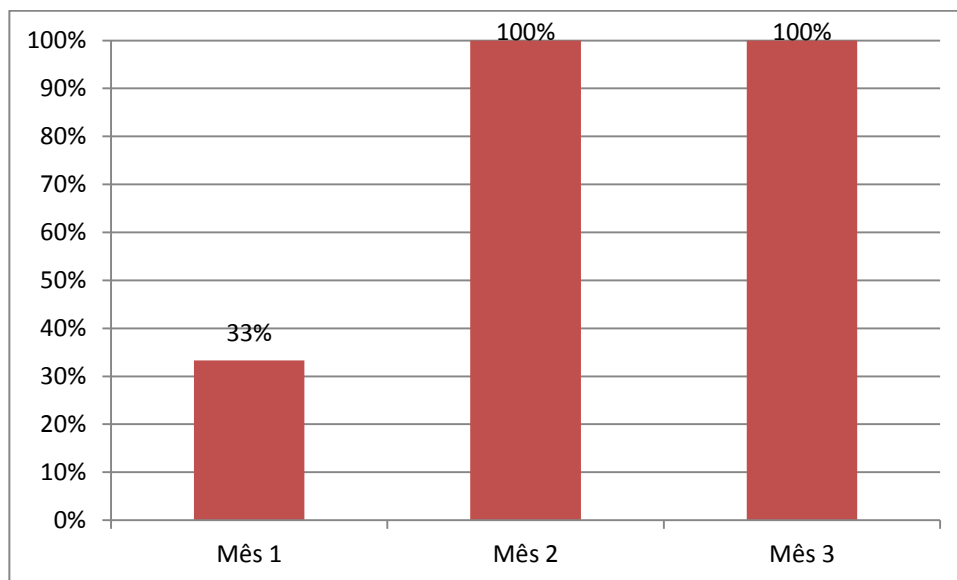


Figura 15. Proporção de Idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita Domiciliar. UBS Passo das Pedras. Município Bagé- RS.2015.

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

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

No primeiro mês da intervenção realizamos o rastreio para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) a 66(100 %), no segundo mês 156 (100%), no terceiro mês a 237 (100 %), a meta foi atingida. Esta ação foi realizada durante a triagem pela enfermeira e na consulta pelo médico encontrando-se 18 casos novos com Hipertensão Arterial.

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

Indicador: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

No primeiro mês dos 55 Idosos com Hipertensão Arterial foi rastreados para Diabetes Mellitus (DM) (100%), no segundo mês de 128 (100%), no terceiro mês

193 (100%), a meta foi atingida. No momento do atendimento pela enfermeira foi realizado HGT a 100 % dos Hipertensos e também através dos exames complementares solicitados. Foram diagnosticados quatro novos casos de Diabetes Mellitus.

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

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

No primeiro mês da intervenção foi realizada a avaliação da necessidade de atendimento odontológico a 66 idosos (100 %), no segundo mês 156 (100 %), no terceiro mês a 237 (100 %), a meta foi atingida. Esta meta foi atingida já que no momento da consulta programada era investigada aos usuários a última consulta Odontológica realizada é médica realizava o exame bucal.

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

Indicador: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

No primeiro mês da intervenção realizaram a primeira consulta odontológica 24 idosos (36 %), no segundo mês 81 (52 %), no terceiro mês a 121 (51 %), apesar da meta não ser atingida, a carga horária da Odontóloga não é integral e a demanda outros atendimentos é grande , conseguimos implementar a primeira consulta para os idosos o que até então não era realizada. Com os resultados obtidos continuamos com o atendimento prioritário aos Idosos com o apoio da Odontóloga para atingir maior número de atendimentos contribuindo para a qualidade de vida dos idosos.

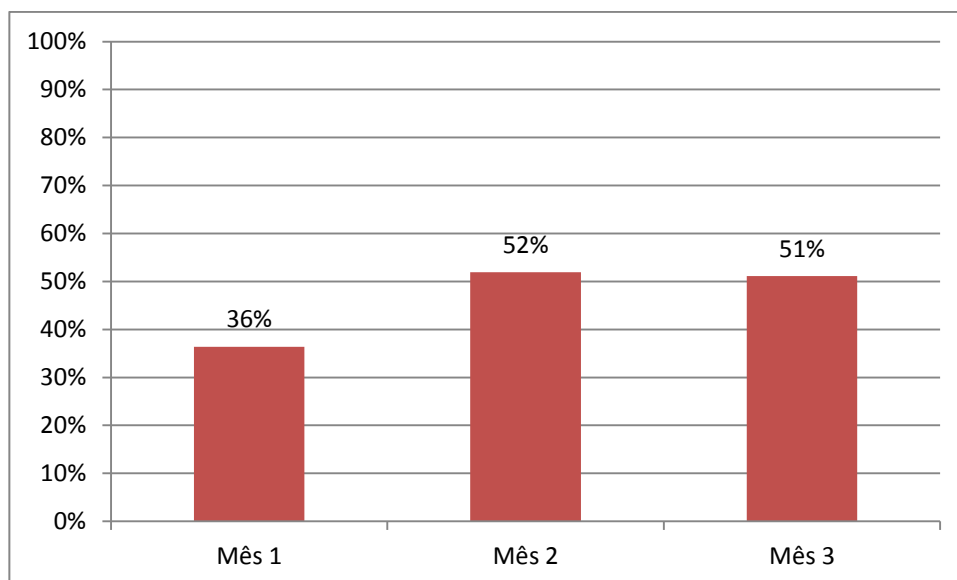


Figura 16. Proporção de Idosos com primeira consulta odontológica programática. UBS Passo das Pedras. Município Bagé- RS.2015.

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

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

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

No primeiro mês dois Idosos faltaram á consulta programada e para os dois (100 %) foi realizada busca ativa pelas ACS, no segundo mês seis idosos (100%) faltaram a consulta e foi realizada a busca ativa, no terceiro mês seis faltaram as consultas e os 6 foi realizada a busca ativa (100%), Com o passar da intervenção o número de faltosas as consultas foram aumentando pela demora nos resultados dos complementares solicitados para avaliação.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

No primeiro mês da intervenção realizamos registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia a 66 (100 %), no segundo mês 156 (100 %), no terceiro mês a 237 (100 %), pelo que a meta foi atingida pela organização da gestão

do serviço e pela conscientização dos profissionais quanto à importância dos registros dos dados.

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

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

No primeiro mês da intervenção distribuímos a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 66 (100 %), no segundo mês 156 (100 %), no terceiro mês a 237 (100 %), a meta foi atingida. Conseguimos atingir a meta pelo comprometimento dos profissionais e conscientização da importância da caderneta para o acompanhamento da pessoa idosa.

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

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

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

A meta de 100% não foi atingida ,no primeiro mês avaliação de risco for realizada para morbimortalidade para 13 Idosos (20%), no segundo mês a 107 (69%) e no terceiro mês a 171 (72%), a demora de dois meses nos resultado de exames complementares necessários para fazer esta avaliação de risco contribuiu para não atingir a meta pactuada. É necessário continuar a fortalecer ainda mais engajamento público com os gestores no território para que estes priorizem os Laboratórios do setor público a disponibilizarem maior número de exames. Para alcançar a meta é necessário a contratualização pelo gestor de maior número de exames.

Encontramos 53 usuários com risco de Morbimortalidade. Os principais riscos de Morbimortalidade Coronarianos para os próximos 10 anos encontrados são:

- Nove com mais de 10 % de risco de Morbimortalidade para os próximos 10 anos.
- Quatro com mais de 11 % de risco de Morbimortalidade para os próximos 10 anos.
- Cinco com mais de 15 % de risco de Morbimortalidade para os próximos 10 anos.

- Quatro com mais de 18 % de risco de Morbimortalidade para os próximos 10 anos.
- Onze com mais de 20 % de risco de Morbimortalidade para os próximos 10 anos.
- Três com mais de 27 % de risco de Morbimortalidade para os próximos 10 anos.
- Um com mais de 28 % de risco de Morbimortalidade para os próximos 10 anos.
- E 16 com mais de 53 % de risco de Morbimortalidade para os próximos 10 anos.

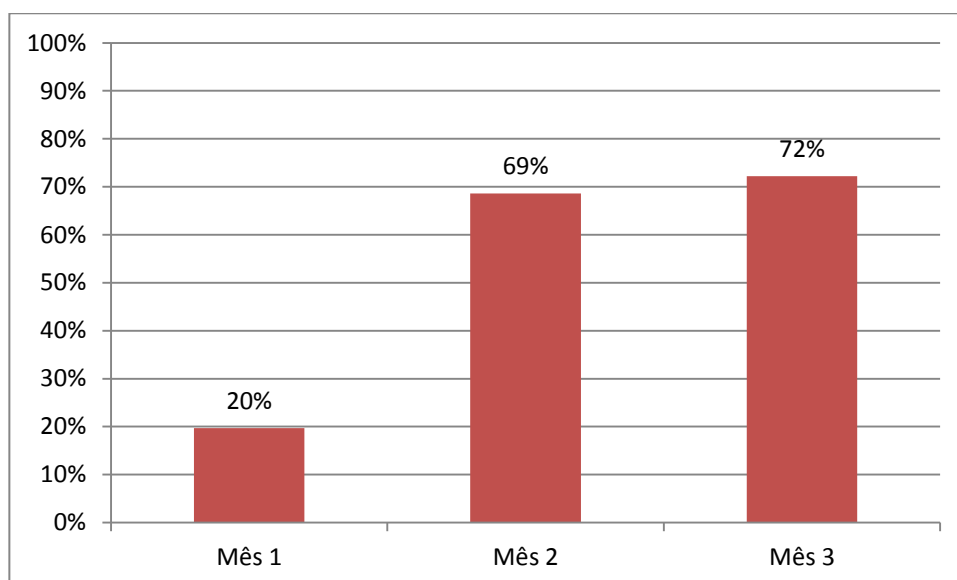


Figura 17. Proporção de Idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia. UBS Passo das Pedras. Município Bagé- RS .2015.

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

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

No primeiro mês da intervenção realizamos a avaliação para fragilização na velhice a 66 (100 %) idosos, no segundo mês 156 (100 %), no terceiro mês a 237 (100 %), a metade 100% foi atingida. A avaliação da fragilidade na velhice foi realizada pela médica que aplicava a escala de Fragilidade pelos Critérios do Brasil

de onde dos 10 – 25% de mais de 65 anos são frágeis. Durante a intervenção identificamos a 85 usuários com fragilidade na velhice as mais prevalentes foram: alterações do sono, perda ou diminuição da audição e visão, diminuição da memória, perda ou disfunção da força muscular, diminuição da velocidade da marcha, atividade sexual diminuída ou nula, alterações da nutrição com baixo peso dois, sobre peso: 75 idosos, obesidade G 1: 46 ,obesidade G 2: 20 e obesidade G 3: 5 idosos.

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

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

No primeiro mês da intervenção realizamos avaliação de rede social em dia a 66 (100 %), no segundo mês 156 (100 %), no terceiro mês a 237 (100 %), a meta foi atingida.

Nas consultas programadas e visitas domiciliares pelo médico e equipes foi solicitado aos idosos se existia apoio da família, dos vizinhos ou amigos que atendiam as demandas todas suas necessidades. Encontramos que cinco idosos com apoio familiar limitado situação precária, e dois sem nenhum apoio familiar, mas com apoio dos vizinhos e amigos.

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos.

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

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

No primeiro, segundo e terceiro mês a meta foi atingida 66 (100%), 156 (100%), 237 (100%) dos idosos cadastrados receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis. Foi muito importante o apoio da equipe, dos estudantes de nutrição e comunidade na participação dos usuários.

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

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

No primeiro mês da intervenção realizamos orientação sobre prática regular de atividade física a 66 (100 %), no segundo mês 156 (100 %), no terceiro mês a

237 (100 %), a meta foi atingida aos 100 % dos idosos acompanhados. Esta meta ainda pode ser melhorada com a participação mais sistemática de um educador físico na UBS para apoiar a equipe. De forma particular na consulta foi feita a orientação sobre prática regular de atividade física a 100% dos Idosos com as palestras realizadas durante a intervenção e nas consultas realizadas pela médica, enfermeira e estudantes de nutrição.

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

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

No primeiro mês da intervenção receberam orientação sobre cuidados em saúde bucal a 66 (100 %), no segundo mês 156 (100 %), no terceiro mês a 237 (100 %) idosos, pelo que a meta foi atingida aos 100 %, durante as consultas programadas de forma individual e nas palestras com os grupos, foi realizada pela médica, enfermeira e Odontóloga da equipe a orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrado.

4.2 Discussão

A intervenção na UBS Passo das Pedras, feita do mês de Abril a Agosto de 2015, teve como objetivos melhorar e propiciar a ampliação da cobertura de atenção aos Idosos, um maior controle dos usuários já cadastrados, a melhoria dos registros realizados em comparação aos já existentes de acordo com e a qualificação da atenção com destaque para ampliação do exame clínico geral incluindo exame dos pés, avaliação nutricional, classificação de Risco de Morbimortalidade, Fragilização na velhice, assim como os encaminhamentos as especialidades segundo precisarem.

Para a realização do projeto de intervenção a equipe teve que receber capacitação para seguir as recomendações do Ministério de Saúde relativas ao acolhimento, protocolo da pessoa idosa conforme preconizado pelo protocolo do MS, para fazer atividades de educação em saúde sobre orientação nutricional, aos ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço é aos faltosos. Estas atividades foram feitas através das reuniões da equipe

com atividades educativas, a promoção e trabalho integrado entre a médica com a enfermeira, com os ACS e demais integrantes. Essa integração foi muito importante para a equipe para a consolidação da intervenção e conseguimos mudanças importantes e boas, como a união, adesão e o funcionamento da equipe como uma verdadeira equipe. Foi uma experiência importante possibilitar atenção integral aos idosos, com atendimento clínico das ações programáticas. Estas capacitações contribuíram para fomentar a educação permanente em saúde onde a troca de experiências e conhecimentos foi constante e a valorização do saber individual foi valorizado.

Para o serviço a intervenção foi de muito benefício e conseguimos trabalhar em equipe, sempre tendo em conta as atribuições de cada profissional facilitando o trabalho de todos da equipe.

A comunidade teve uma ótima aceitação e motivação com a intervenção, nas atividades que foram realizadas na comunidade sempre falavam que estavam muito bem e relatavam que nunca haviam sido realizadas atividades específicas as pessoas com mais de 60 anos. A intervenção contribuiu para a realização do exame clínico, de laboratório, avaliação Multidimensional e avaliação de riscos identificarem novas doenças na população “supostamente sadia”, como Hipertensão, Diabetes Mellitus, Cardiopatias, Neoplasia de Próstata, Coagulopatias, Anemias, doenças vasculares em usuários supostamente saudáveis sem tratamento médico até o momento que foi acompanhado, e encaminhávamos os casos necessários para avaliação por especialista. Foi de utilidade à aplicação da estratificação de risco, isto é, o escore de Framingham para o seguimento dos usuários a classificação de risco para priorização de atendimentos ademais de conhecer os usuários e o risco cardiovascular para o acompanhamento mais sistemático fortalecendo o princípio da equidade. Os encaminhamentos as outras especialidades como Cardiologia, Urologia, Oftalmologia, Angiologia e Endócrino foi feita pelos profissionais da equipe e os atendimentos realizados pelo especialista com ótima qualidade e acompanhamento. Os idosos contam com um turno semanal para seus atendimentos e se sentem bem acolhidos na UBS

É importante sinalizar que a maioria dos usuários tem índice de massa corpórea elevado, acima de 25% o que fez com que houvesse classificação de sobrepeso e obesos a maioria dos usuários caracterizando-se como problema de saúde com o que há que intervir nesta problemática

A intervenção facilitou aumento do número de atendimentos nas consultas de odontologia aos Idosos na UBS, uma ação que até então não era realizada na UBS e os idosos apresentam muitos problemas odontológicos é condição para a melhoria da saúde desta população.

Se fosse iniciar agora a intervenção iria primeiramente cadastrar toda a população da área de abrangência, e faria a análise das condições sócias econômicas da população, pois estes condicionantes são de extrema importância para o planejamento das ações, tendo em vista a vulnerabilidade destes usuários.

A intervenção já está incorporada à rotina do serviço e, dessa forma, continuará, pois evidenciamos a importância dos registros. O trabalho ficou mais organizado e monitorado, e muito bem aceita pela equipe de saúde e a população Idosa, e seus familiares. As ações de educação para saúde continuam sendo feitas todas as quartas feiras de 15 em 15 dias, todos os meses. Na UBS temos que seguir trabalhando nos riscos de saúde de colesterol alto, triglicérides altos, nutrição, assim como a diabetes e hipertensão descompensada. O controle é o mais importante, pois o foco é trabalhar. Para isso, faz-se necessário, modificar os estilos de vida da população com as palestras com a comunidade.

Outro aspecto bem sucedido é a melhoria da qualidade dos registros nos prontuários. A implantação de registros, fichas-espelhos com uma base de dados com a totalidade dos usuários cadastradas nestas 12 semanas foi um processo importante para a UBS. Vou a continuar utilizando essa base de dados até ter a totalidade de usuários cadastrados. Essas eram ações ausentes em nossa UBS antes da intervenção. Esta intervenção melhorou o controle que temos sobre a população Idosa.

É importante que a Secretaria de Saúde diminua a quantidade de dias de espera para obter os exames complementares já que podem demorar até um mês a obtenção dos resultados, o que faz com que muitos usuários utilizem laboratórios onde tem convênios de saúde ou vão a clinicas particulares pela preocupação de realizar de seus exames com a maior brevidade possível.

Continuaremos trabalhando em melhorar a atenção integral as pessoas Idosas, continuar a luta pela incorporação do um educador físico três vezes na semana para a prática de exercício físico com acompanhamento.

Tomando esta intervenção como exemplo, também pretendemos implementar o programa de Hipertensão Arterial e diabetes na UBS.

Como já tínhamos dito no decorrer da intervenção já o programa de atenção a saúde da pessoa idosa é uma realidade na nossa UBS. Apesar de ainda estar distante da perfeição, eu estou satisfeita com os resultados obtidos até o momento, pois em só 12 semanas a equipe conseguiu incorporar o 46% dos idosos da UBS em acompanhamento.

5 Relatório da intervenção para gestores

Senhora secretária

Sou média que vim para o Brasil através do Programa Mais Médico (PMM), para realizar o cuidado em consonância com as diretrizes dos SUS nos foi proporcionado um curso de especialização em parceria com a universidade aberta do SUS (UNASUS) e a Universidade Federal de Pelotas (UFPEL).

Inicialmente realizamos a análise situacional, que consistiu em conhecer a UBS, equipe, estrutura e verificar o desempenho das ações programáticas e foi possível detectar que era necessário intervir para melhorar a saúde das pessoas com 60 anos ou mais.

A atenção qualificada a esses usuários foi atingida pela integração de toda a equipe de saúde que recebeu capacitações nas primeiras semanas da intervenção, desde recepcionista, a enfermeira, técnica em enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Todos apoiaram a intervenção de modo a melhorar a atenção aos Idosos, assim como todos os atendimentos feitos na UBS, e demais programas prioritários. A atividade foi realizada dentro e fora da unidade teve um resultado ótimo, com o esforço de todos.

Após a intervenção, melhorou a cobertura final de Idosos. Assim sendo, o objetivo foi ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso para 60 %. Ao termino da intervenção conseguimos cadastrar a 237(46%), mesmo com todo o desempenho da equipe não conseguimos atingir a meta pactuada. Talvez fosse um tanto audaciosos em pactuar a meta. No inicio da intervenção detectamos que os idosos nunca haviam sido avaliados conforme o preconizado pelo protocolo da

pessoa idosa e começamos a intervenção com o propósito de melhorar a qualidade do cuidado.

A intervenção contribuiu para a realização do exame clínico, exames de laboratório, avaliação Multidimensional e avaliação de risco, identificamos novas doenças na população “supostamente sadia”, como Hipertensão, Diabetes Mellitus, Cardiopatias, Neoplasia de Próstata, Coagulopatias, Anemias, Doenças vasculares e encaminhamos os casos necessários para avaliação por especialista. Foi de utilidade à aplicação da estratificação de risco, isto é, o escore de Framingham para o seguimento dos usuários a classificação de risco para priorização de atendimentos ademais de conhecer em os usuários o risco cardiovascular. Os encaminhamentos as outras especialidades como Cardiologia, Urologia, Oftalmologia, Angiologia e Endócrino foi feita no posto e os atendimentos feitos pelo especialista com ótima qualidade e acompanhamento. Os idosos contam com um turno semanal para seus atendimentos e se sentem bem acolhidos na UBS

Pretendemos, no início, garantir como meta que 100% Idosos cadastrados realizassem os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Ao final da intervenção foi possível atingir 171 (72 %) fizeram os exames (alguns pelo SUS e outros que fizeram por convênios de saúde), indicando que devemos informar aos gestores destas irregularidades, pois muitos dos usuários pagam seus exames por falta de suporte da rede. Então, há evidência do difícil acesso aos exames complementares. Deve-se, também, melhorar o tempo de realização dos exames complementares pelo SUS que demora mais de um mês.

Também não contamos com medicação suficiente na UBS para o atendimento o que acarreta muitos problemas, muitas vezes os idosos não possuem condições econômicas para se dirigirem a farmácia central ou popular, pois apresentam dificuldades de deambular dependendo de outras pessoas para buscarem medicamentos nestes locais. Se a farmácia da UBS disponibilizasse todos os medicamentos previstos da farmácia básica o problema poderia ser solucionado.

Foi feita a avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos Idosos, esta era ação não realizada antes da intervenção o que evidencia o impacto do trabalho desenvolvido nas 12 semanas.

É importante mencionar a falta de profissionais, como os ACS e estes são essenciais para que toda a população da área adstrita seja contemplada para que o

cadastro de toda a população realmente se efetive, pois enfrentamos sérios problemas com a atualização do Sistema de Informação da Atenção Básica e agora com o novo sistema do e-SUS será possível avaliar as famílias, para tanto é primordial ter toda a área de abrangência coberta.

Podemos destacar que o registro dos usuários melhorou antes da intervenção os registros das ações, procedimentos não era uma rotina. Isto demonstrou o esforço de toda a equipe, conseguindo melhorar a qualidade dos registros da saúde assim, conseguimos melhorar os registros não somente da ficha de acompanhamento, mas também prontuários clínicos, fichas-espelho e no arquivo específico.

Também se constata que com a nossa intervenção a qualidade na atenção dos usuários idosos melhorou alguns faziam meses e até anos que não realizavam exames de sangue, não faziam dietas, não eram encaminhados aos especialistas. Na medida em que foram incorporando à intervenção, poucos de nossos usuários chegavam descompensados. Eles modificaram, em sua maioria, estilo de vida mais saudável, com as atividades educativas realizadas, através de recomendações de alimentos saudáveis, o trabalho individual com cada um dos usuários assim como o trabalho coletivo nas palestras dadas em os grupos, teve o efeito desejado. Ainda podemos continuar fazendo atividades de promoção de saúde trabalhar nas escolas com alimentação saudável desde cedo. Promover palestras de saúde bucal e demais sem maiores gastos econômicos e com resultados na promoção e prevenção de saúde.

Todos nós temos a pretensão de melhorar a atenção dos usuários, seguindo as ações programáticas promovidas pelo Ministério da Saúde e promovendo mais a união dos profissionais com a comunidade e dar continuidade para cada vez mais melhorar a saúde da população já que a intervenção foi aderida a rotina da UBS. Essa é e será nossa principal tarefa, trabalhar a promoção e prevenção de saúde em nossa comunidade que tanto precisam.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Senhores (as) usuários

Sou médica do Programa Mais Médicos, os profissionais deste programa realizaram uma curso de especialização para conhecer como funciona o Sistema de Saúde aqui e este curso que realizei precisávamos realizar um projeto para melhorar a saúde da população.

Vou contar para vocês como tudo ocorreu

Desde nossa chegada à UBS observamos uma grande quantidade de usuários Idosos, em sua maioria, chegavam à unidade descompensada, sem tratamento e fazia meses ou anos com exames de sangue antigos, não tinham acompanhamento por especialistas (quando necessário) e os prontuários não demonstravam o estado de saúde anterior, ou seja, pouca coisa era registrada nos prontuários e não havia nenhum documento na UBS para verificarmos o que vocês haviam realizado durante as consultas, palestras, encontros, os tratamentos não estavam atualizados. Então, chegamos à conclusão, que os idosos na área da nossa unidade deveriam ser o foco de nossa intervenção.

Realizamos a intervenção, ou seja, o trabalho em 12 semanas, o objetivo foi ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso para 60% ou para facilitar o acesso de vocês na UBS. Durante a intervenção conseguimos cadastrar a 237(46%), mesmo com todo o desempenho da equipe não conseguimos atingir a meta pactuada. No início da intervenção detectamos que os idosos nunca haviam sido avaliados conforme deveriam e começamos a intervenção com o propósito de melhorar a qualidade do cuidado.

Tivemos dificuldades para realizar um cuidado como merecem, pois temos só três Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para as duas equipes que no mínimo deveriam ser oito e eles fizeram um grande esforço para cadastrar os idosos da área da UBS. Foi realizado o trabalho por toda a equipe de saúde que ajudou a fazer o trabalho cadastramento. Este resultado evidencia que os Idosos, agora, consultam em maior frequência. Os ACS foram um pilar importante no trabalho de mapeamento da população: eles identificavam as pessoas com mais de 60 anos, cadastravam os dados e já encaminhavam para a consulta. Nas áreas descobertas, sem ACS, os poucos que atuam na UBS deram cobertura para atenderem as duas áreas da que não são contemplam, é de pensar que ainda temos Idoso, que continuam chegando a UBS sem estarem cadastrados, isto por não termos toda a área coberta para que os ACS possam acompanhar você mais de perto.

A intervenção contribuiu para a realização do exame clínico onde tiveram a oportunidade de serem examinados detalhadamente, a realização de exames de laboratório que muitos estavam em atraso dificultando o médico de ver como estava a saúde dos idosos, também conseguimos os identificar novas doenças na população que não apresentavam nenhum sintoma como hipertensão, diabetes, problemas no coração, na próstata e na circulação sem tratamento médico até o momento e encaminhamos os casos necessários para avaliação por especialista.

Através deste trabalho também foi possível saber quais os idosos são de risco para as doenças do coração para priorização de atendimentos. Os encaminhamentos as outras especialidades foram realizadas e já estamos acompanhando aqui na nossa UBS estes usuários. Conseguimos ter um turno semanal só para cuidar das pessoas com 60 anos ou mais, que era uma solicitação de muitas pessoas na comunidade.

Durante a intervenção foi possível identificar muitos idosos com sobrepeso e obesos, e vamos realizar ainda mais as ações neste sentido, algumas já realizamos feitas com a presença de nutricionistas e estagiárias, mas é preciso fazer mais atividades educativas incentivando uma alimentação mais saudável podemos fazer uma oficina de arte culinária feita com alimentos saudáveis, mas para isso não só é preciso só nosso interesse é preciso a intervenção dos conselhos comunitários que estão relacionados com nosso trabalho, falta ainda inter-relação mais efetiva .realizamos as atividades em saúde nas as quartas-feiras de 15 em 15 dias com muita boa aceitação pela população, mas é necessário a participação de todos.

Podemos também melhorar a qualidade de vida e vamos solicitar a Secretaria de Saúde de apoio com professores de educação física com especial atenção aos grupos vulneráveis e preparar promotores de saúde para nos ajudarem para isso é muito importante que a comunidade colabore assim conseguiremos melhorar o acesso e a qualidade de vida de vocês.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Sou graduada faz 24 anos como médica geral e tenho 21 anos como médica especialista em Família. Trabalhando nas comunidades, primeiro em meu país e depois em países como na Venezuela por três anos. Minha formação foi em Medicina Familiar.

Quando chegamos ao Brasil, minhas expectativas sobre o curso foram muitas. Primeiro o domínio do idioma e os erros que poderiam acontecer, era um curso digital e só contávamos com tabletes para fazer o cadastramento. Os primeiros meses foram difíceis, as tarefas tinham que ser refeitas, fazer a mão e depois checar os manuscritos na UBS para passar em um computador.

Quando recebíamos os feedbacks das tarefas, às vezes era necessário arrumá-las nos computadores da UBS e voltar à informação. Ademais foi difícil realizar a Unidade 1, fazer a pesquisa de muitas coisas da UBS que nós não conhecíamos. Tive, por sorte, o apoio dos trabalhadores do centro, a enfermeira e a técnica de enfermagem que ajudavam a passar as tarefas.

Acredito que ainda temos muito que apreender no tempo que ainda temos de contrato, mas é uma experiência única. Devagar, muito tímido começamos as ações de promoção à saúde e prevenção de doenças, acho que temos muito que caminhar. Mas já começamos que é o mais importante.

O Curso de especialização foi importante para compreender como as diretrizes do Ministério de Saúde, a universalidade, a integralidade, equidade e descentralização do SUS, os princípios deste, assim como as tarefas que Universidade indicava eram de muitas aprendizagens. Aprendi como podia funcionar melhor a equipe já que estrutura já encontrava feita (o acolhimento dos usuários, as reuniões de equipe), assim o curso nos permitiu fazer uma Análise Situacional da UBS do território contribuindo para realmente ver que estávamos realizando. E que precisava de melhorias.

Foi importante para nós fazer os casos interativos, o estudo das práticas clínicas nos obrigavam a estudar quase diariamente, mas a acessibilidade ao fórum foi de grande importância para interagir entre os especializados dos diversos lugares compartilhando suas realidades que pode não ser semelhantes a nossa.

O acompanhamento do curso foi feito pela orientadora Elenir Terezinha que explicou todo o tempo como devíamos fazer as tarefas, as principais dificuldades que tínhamos e prontamente enviava os feedbacks. Ela nos ajudou durante o curso até chegar à unidade de intervenção em que fizemos em nossa comunidade para finalmente apresentar o TCC. Devemos agradecer toda a paciência que ela teve com nós, somado às carências do idioma. É importante agradecer que com a aprendizagem proporcionada pelo curso ampliamos novas formas de estudo.

Acredito que esta aprendizagem é fundamental para todo médico já que com conseguimos conhecer e vivenciar o funcionamento do SUS, a Estratégia de Saúde de Família, assim como a integração das ações de promoção e prevenção de saúde em APS é vital. Foi uma experiência única para nosso trabalho e currículo.

Referências

BRASIL.cidades.**ibge**.<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=430160>.Acessado em 15 março de 2015

_____ **desafiosdascidades.com.br/bage**.acessado em 15 de março de 2015

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção á Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013 a. 128 p.

_____Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção á Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013 b. 159 p.

_____Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Cadernos de Atenção Básica n.19. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Anexos

Anexo A - Ficha espelho

FICHA ESPELHO
PROGRAMA DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO

Departamento de Medicina Social | UNPUEL

Identificação do paciente: _____
Número de inscrição: _____
Data de nascimento: _____
Sexo: _____
Local de nascimento: _____
Endereço atual: _____
Endereço de contato: _____
Telefone: _____

INFORMAÇÕES GERAIS									
Nome	Sexo	Data de nascimento	Estado civil	Nº de inscrição	Profissão	Endereço atual	Endereço de contato	Telefone	Outros dados

INFORMAÇÕES DE SAÚDE						
Doença	Medicamento	Dose	Frequência	Observações	Último atendimento	Responsável

INFORMAÇÕES DE ATENDIMENTO					
Local de atendimento	Responsável pelo atendimento	Data de atendimento	Observações	Assinatura	Carimbo

FICHA ESPELHO
PROGRAMA DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO

Departamento de Medicina Social | UNPUEL

INFORMAÇÕES GERAIS						
Nome	Sexo	Data de nascimento	Estado civil	Nº de inscrição	Profissão	Endereço atual

INFORMAÇÕES DE SAÚDE						
Doença	Medicamento	Dose	Frequência	Observações	Último atendimento	Responsável

INFORMAÇÕES DE ATENDIMENTO					
Local de atendimento	Responsável pelo atendimento	Data de atendimento	Observações	Assinatura	Carimbo

Anexo C- Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Srª

Proª Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

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

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____

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