

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



**Melhoria da atenção à saúde do idoso, na Unidade Básica de Saúde Cristo Rei,
Pedro II/ PI**

Aluna: Miriam Rodriguez Guillen

Pelotas, 2015

Miriam Rodriguez Guillen

**Melhoria da atenção à saúde do idoso, na Unidade Básica de Saúde Cristo Rei,
Pedro II/ PI**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade a Distância – UFPEL/UNASUS, como requisito para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Janaine Sari

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

G958m Guillén, Miriam Rodriguez

Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso, na Unidade Básica de Saúde Cristo Rei, Pedro II/ PI / Miriam Rodriguez Guillén; Janaine Sari, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

102 f. : il.

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

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

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

A minha família, e especialmente meu filho que sempre esteve presente em cada momento deste projeto e que foi minha inspiração.

A meu pai, batalhador e homem de muito amor.

Agradecimentos

A minha Equipe de Saúde, por seu apoio incondicional.

A minha orientadora Janaine Sari por seu tempo, dedicação e conselhos oportunos.

A Secretaria Municipal de Saúde por sua presença vital.

A todos aqueles que de uma forma ou de outra contribuíram com esse trabalho.

Resumo

GUILLEN, Miriam Rodriguez. **Melhoria da atenção à saúde do idoso, na Unidade Básica de Saúde Cristo Rei, Pedro II/ PI, 2015**. 90 fls. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Ano.

O aumento do número de idosos, tanto proporcional quanto absoluto, está impondo mudanças profundas nos modos de viver e pensar o envelhecer na sociedade. A saúde das pessoas idosas e o envelhecimento são preocupações relevantes do Ministério da Saúde e é uma das áreas estratégicas do Departamento das Ações Programáticas e Estratégicas (DAPES). O objetivo geral desse trabalho foi melhorar a saúde dos idosos da área de abrangência da UBS Cristo Rei, Pedro II, Piauí. Para cumprir com esse objetivo, realizamos uma intervenção que foi implantada na UBS Cristo Rei e implementada em um período de 12 semanas. Quanto a metodologia, foram realizadas diversas ações seguindo os quatro eixos pedagógicos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. As ações foram pautadas nos protocolos do Ministério da Saúde. O nosso universo da intervenção foi representado por 390 usuários com idade maior ou igual de 60 anos. Para desenvolver a intervenção, houve a participação dos profissionais de saúde da equipe de saúde da família e para o pleno desenvolvimento e alcance das metas e objetivos da nossa intervenção, foram desenvolvidos múltiplas ações. Como resultados, tivemos a ampliação da atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 80%, sendo que foram cadastrados 314 idosos. A melhoria da qualidade da atenção ao idoso aconteceu mediante a realização da avaliação multidimensional rápida, do exame clínico apropriado, da solicitação dos exames complementares nos 314 idosos cadastrados. Todos os idosos acamados ou com problemas de locomoção foram cadastrados. Ao final da intervenção 210 idosos (66,9%) tiveram prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada. Os 100% dos idosos cadastrados tiveram a verificação da pressão arterial na última consulta e todos os 215 idosos hipertensos foram rastreados para Diabetes mellitus. Os 314 idosos cadastrados tiveram avaliação da necessidade de tratamento odontológico e 229 usuários tiveram a primeira consulta odontológica. Graças ao ótimo trabalho realizado pelos agentes de saúde, não tivemos idosos faltosos durante a intervenção. Os 314 idosos tiveram o registro adequado na ficha espelho, receberam a caderneta de saúde da pessoa idosa, tiveram avaliação de risco para morbimortalidade, para fragilização da velhice e avaliação da rede social. As atividades de promoção de saúde referente a alimentação saudável, atividade física e cuidados em saúde bucal foram realizadas com a participação de todos os membros da equipe e todos os usuários idosos participaram dessas atividades. Para nossa equipe a intervenção reportou uma grande e rica experiência, pois graças a ela conseguimos conhecer melhor nossa área de abrangência, trabalhando com a comunidade.

Palavras-chave: Palavras-Chave: Saúde da família; Atenção Primária à Saúde; idosos; hipertensão arterial sistêmica; diabetes mellitus.

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico de cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na UBS Cristo Rei, Pedro II, PI, 2015.	64/84
Figura 2	Gráfico de cobertura de idosos com prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada na UBS Cristo Rei, Pedro II, PI, 2015.	67
Figura 3	Fotografia de idosa com dificuldades de locomoção que recebia visita domiciliar durante a intervenção.	69
Figura 4	Gráfico de cobertura de idosos com primeira consulta odontológica programática na UBS Cristo Rei, Pedro II, PI, 2015.	72
Figura 5	Fotografia de uma atividade educativa sobre alimentação saudável realizada com os idosos durante a intervenção.	76
Figura 6	Fotografia de uma atividade física de dança realizada com o grupo de idosos durante a intervenção.	77
Figura 7	Fotografia de uma atividade física realizada com auxílio da educadora física com o grupo de idosos.	77

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário da Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DAPES	Departamento das Ações Programáticas e Estratégicas
DM	Diabetes Mellitus
EqSF	Equipe de Saúde da Família
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Programa de acompanhamento de hipertensão e diabetes
NASF	Núcleo de apoio à saúde da família.
PI	Piauí
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão do Curso
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
USF	Unidade de Saúde da Família

Sumário

Apresentação	10
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.....	17
2 Análise Estratégica	18
2.1 Justificativa	18
2.2 Objetivos e metas	19
2.2.1 Objetivo geral	19
2.2.2 Objetivos específicos e metas	19
2.3 Metodologia	21
2.3.1 Detalhamento das ações	21
2.3.2 Indicadores	34
2.3.3 Logística	39
2.3.4 Cronograma.....	45
3 Relatório da Intervenção.....	46
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	46
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	48
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	49
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	49
4 Avaliação da intervenção.....	51
4.1 Resultados.....	51
4.2 Discussão	66
5 Relatório da intervenção para gestores	71
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	76
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	79
Referências	82
Anexos	

Apresentação

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

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

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Nossa UBS possui uma estrutura física adequada. Contamos com 3 consultórios (um de odontologia, um de enfermagem e outro onde são feitas as consultas médicas). Além disso, há uma sala de observação e um local que serve para recepção e acolhimento dos usuários e armazenamento de medicamentos. Além disso, também é o local onde fazemos palestras de educação em saúde nos diferentes grupos, tais como os idosos, gestantes, puérperas e adolescentes.

Na UBS Cristo Rei, temos bem desenhado o trabalho a ser feito por cada um dos integrantes da equipe. Contamos com um médico, um odontólogo, um Auxiliar de Saúde Bucal (ASB), uma técnica de enfermagem, uma enfermeira e oito Agentes Comunitário de Saúde (ACS). Todos os meses a equipe se reúne para fazermos o cronograma a ser realizado por todos. Também organizamos as palestras em relação a diversos temas de educação em saúde e a técnica de enfermagem organiza os prontuários e avalia os riscos e vulnerabilidades sociais presentes, estabelecendo prioridades. As consultas são agendadas, mas também atendemos as demandas espontâneas nos horários de atendimento, além de realizar ações de promoção e prevenção em saúde.

Nossa equipe faz o planejamento das visitas domiciliares, assim como a atenção a comunidade de forma geral. Temos agendado todas as segundas-feiras para o atendimento da demanda espontânea; as terças pela manhã são reservadas para o grupo do Hiperdia; quarta é o dia da atenção às gestantes, as mesmas depois de terminada a consulta pré-natal saem com a próxima consulta programada e agendada, além das consultas programadas, existem algumas gestantes que necessitam de atendimento prioritário, pois possuem problemas agudos, onde são

atendidas com rapidez. Utilizamos avaliação e classificação do risco gestacional, revisamos semanalmente quais são as gestantes faltosas, data provável de parto, grávidas com risco, e além disso, se realizam palestras com grávidas e puérperas para conversar sobre os riscos do tabagismo, álcool, drogas, anticoncepção pós-parto, os cuidados com o recém-nascido, promoção de aleitamento materno, saúde bucal na gravidez, importância da vacinação e alimentação saudável, as quinta fizemos a puericultura. Todos os dias, pela parte da tarde, temos atendimento clínico à demanda espontânea e todos os dias pela manhã fazemos palestras sobre temas de educação em saúde para todos os grupos específicos. As sextas são os dias de folga para que eu possa me dedicar ao curso de especialização.

As urgências também são priorizadas dependendo da gravidade e quando é preciso são encaminhadas ao hospital. Possuímos serviço de ambulância no município para encaminhar e transladar os usuários que precisam de encaminhamento para receber atendimento no pronto socorro e na emergência do hospital em nosso município.

Os profissionais de nossa unidade de saúde também fazem controle do câncer do colo de útero e mama, imunizações, planejamento familiar, promoção do aleitamento materno, promoção de hábitos alimentares saudáveis, promoção de atividade física e promoção da saúde bucal e mental.

A equipe em que atuo possui muito sentimento humanitário e desejo de seguir adiante e melhorar a saúde de toda a comunidade. Fazemos atividades coletivas e de maneira individual e em conjunto funcionamos como um todo. Nosso território de abrangência é grande contando com quase 4000 habitantes. Penso que nossa UBS mantém os programas de atenção à saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF) de uma forma adequada, se cumprindo todas as normativas vigentes.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Pedro II, pertence ao Estado Piauí (PI) e está localizado na Região Nordeste, microrregião Campo Maior. Tem uma área geográfica de 1.518.233km² e possui 37.496 habitantes. A cidade tem como principal produto de sua economia a extração de pedras semipreciosas, com destaque para as minas de opalas, que são as mais belas e puras encontradas em todo solo brasileiro, também se destaca um rico artesanato a base de fio de algodão, que dão origem a belas tapeçarias e redes.

Pedro II conta com 15 UBS, sendo que todas elas possuem como modelo de atenção a ESF. Além disso, o município também possui um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), que conta com psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta e assistente social, profissionais responsáveis por dar apoio as ESF. Existe também um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), que oferta atendimento especializado em odontologia. O município possui dois hospitais, os quais oferecem atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e três laboratórios que fornecem também atendimento para a população.

A Unidade de Saúde da Família (USF) que atuo é uma ESF do tipo urbana vinculada ao SUS e possuímos vinculação com instituição de ensino como a escola Inês Passos e Eco escola, tendo o estágio maternal, ensino fundamental e médio. Na USF Cristo Rei atuam uma Equipe de Saúde da Família (EqSF) com uma Equipe de Saúde Bucal (ESB) modalidade 1, composta por um cirurgião-dentista e uma ASB.

Temos uma boa infraestrutura, pois a unidade foi construída recentemente, sendo que a mesma possui uma sala de espera com espaço para 15 pessoas; três consultórios sem banheiro; um consultório odontológico com sala para o compressor; uma sala de vacina; uma sala de procedimentos e curativos; um salão de reuniões; uma sala de nebulização que comporta uma pequena farmácia; um local para recepção e arquivos de prontuários; dois banheiros que possuem barreiras arquitetônicas; uma sala de depósito para material de limpeza e uma cozinha.

Apesar da boa estrutura, penso que ainda deveríamos ter mais salas, pois não temos consultórios com banheiros, o que dificulta a realização correta da prevenção e não temos como adaptar um banheiro perto para facilitar essa questão. Além disso, não temos local apropriado para armazenar os medicamentos, só contamos com uma pequena sala com os medicamentos de primeira necessidade, que possibilitam assistir aos nossos usuários.

Os aspectos positivos que temos em nossa estrutura são a ventilação, iluminação adequada e medidas sanitárias em relação a pisos e paredes. Também temos o mobiliário adequado, bem como instrumental e equipamentos em condições satisfatórias de uso. O material de consumo médico e odontológico é disponibilizado em quantidade suficiente para o mês, além disso, a equipe odontológica utiliza os equipamentos de proteção individual, que são de muita importância para sua

proteção. Também possuem materiais para atividades educativo-preventivas de saúde bucal, o que facilita suas intervenções na escola e na comunidade em geral.

Em relação aos medicamentos, não temos todo o estoque previsto na portaria do Ministério da Saúde, tais como os medicamentos halopáticos e fitofármacos, mas contamos com os principais medicamentos que a nossa população utiliza, porém não em quantidade suficiente, situação que já está sendo contornada pela secretaria de saúde.

Nossa USF fornece nas terças-feiras as vacinas do esquema de vacinação vigente no Brasil. O restante da semana as vacinas são fornecidas no centro de saúde, de forma centralizada. O único exame que realizamos em nossa USF é o citopatológico, os outros exames são feitos em três laboratórios, conveniados ao SUS e previstos para esse fim, mas há muita demora na realização desses, o que dificulta nosso trabalho.

Em nossa USF fazemos pequenos procedimentos à população, bem como atendemos casos de urgência/emergência, se caso precisarem, realizando os encaminhamentos sempre que necessário, nos guiando pelos protocolos existentes no Ministério da Saúde. Isso também é válido para outros tipos de encaminhamentos nas redes de saúde. Nossa equipe também realiza busca ativa de usuários faltosos, especialmente gestantes e crianças menores de um ano. Além disso, fazemos visitas domiciliares, sendo que temos um registro dos moradores de nossa área de abrangência que precisam da nossa atenção no domicílio.

Nossa equipe é adequada ao tamanho da população da área de abrangência. Temos um médico especialista em atenção primária em saúde, oito ACS, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um odontólogo e uma ASB para um total de população de 3688 habitantes, distribuídos em 1.070 famílias. Quanto a distribuição da população por sexo e faixa etária em nossa área de abrangência, temos 32 usuários menores de um ano, 375 menores de 5 anos, 639 de 5-14 anos, 2252 de 15-59 anos e 390 com 60 anos ou mais.

Em nossa UBS, se coloca em prática o acolhimento por cada um dos integrantes da equipe, sempre que for necessário. Nosso atendimento por demanda espontânea não é excessivo, as mesmas são atendidas na segunda, terça, quarta e quinta-feira pela tarde, mas nós acreditamos que o trabalho começa desde a comunidade com uma boa comunicação com os ACS e a população em geral. Em nossa UBS, procuramos por todos os meios possíveis, escutar e resolver os

problemas dos usuários, por ordem de prioridade e tendo presente sempre que nossa razão de ser é a satisfação e bem-estar dos usuários.

Quanto à **saúde da criança**, em nossa UBS fizemos consultas de puericultura todas às quintas feiras pela manhã, para crianças de 0-72 meses. Nossas ações são baseadas em protocolos disponibilizados pelo Ministério de Saúde e são registradas nos prontuários individuais, sendo que os mesmos são monitorados por nossa equipe para avaliar os usuários faltosos, bem como o desenvolvimento adequado das crianças nesta faixa etária. Planejamos ações de grupo como palestras às mães acerca de diferentes temáticas em relação ao desenvolvimento psicomotor adequado às crianças, em relação ao aleitamento materno, o cuidado bucal, entre outras.

Segundo os dados do Caderno de Ações Programáticas (CAP), a estimativa do número de crianças menores de 1 ano na área de abrangência é de 60 crianças. Até o momento, a equipe tem acompanhado 30 crianças menores de 1 ano, alcançando o percentual de 50%, conforme o CAP. Não temos dados de acompanhamento para crianças maiores de 12 meses, o que é uma falha da equipe.

Em nossa ESF também realizamos o atendimento de **pré-natal** todas as quartas-feiras pela manhã, sendo que as ações são regidas pelos protocolos do Ministério de Saúde. Nossas ações são registradas nos prontuários médicos, assim como nos cartões de gestantes e nossa equipe faz avaliações periódicas para conhecer as gestantes faltosas, avaliar o atendimento pré-natal, conhecer datas prováveis de parto, entre outras atividades.

Segundo os dados do CAP a estimativa de gestantes na área de abrangência é de 60 usuárias. Atualmente, o total de gestantes residentes e acompanhadas na área é de 27 usuárias, 45% de acordo com a estimativa.

Em nossa UBS há o grupo de gestante, em que toda a nossa equipe, em conjunto, faz palestras acerca da alimentação saudável, queixas mais frequentes durante este período, cuidado bucal, bem como estamos começando a estruturar o grupo de psicoprofilaxia para que as gestantes cheguem ao parto melhor preparadas.

Quanto à prevenção do **câncer de colo de útero e de mama**, realizamos como rotina, todas as segundas-feiras pela manhã, o exame citopatológico pela enfermeira, levando em conta os protocolos do Ministério da Saúde. Os dados coletados são anotados em uma ficha especial e no livro em que são registrados o

nome e sobrenome da usuária, o resultado e a data em que a usuária teve acesso ao exame, bem como a assinatura da mesma. Mesmo assim pensamos que podemos melhorar o registro para conhecer realmente quantas são as mulheres que temos para realizar o exame no mês e no ano e, assim, planejar melhor as ações para que não fique nenhuma mulher, com vida sexual ativa, sem fazer o exame preventivo.

Fizemos o exame de mama em todas as mulheres acima de 30 anos que procuram a nossa consulta e estimulamos a fazerem o autoexame de mama nas suas casas, oferecendo o conhecimento necessário para praticar o mesmo. Entretanto, não conhecemos a quantidade de mulheres que fazem a mamografia porque não se tem nenhum registro da mesma, sendo essa uma de nossas dificuldades.

Segundo os dados do CAP a estimativa de mulheres de 25 a 64 anos residentes na área de abrangência e que deveriam ser acompanhadas para controle do câncer de colo de útero é de 969 usuárias. Já a estimativa das mulheres de 50 a 69 anos que deveriam receber prevenção contra câncer de mama são 300 usuárias. Em relação ao monitoramento, não é possível avaliar de forma adequada o exame citopatológico porque não chegamos a conhecer verdadeiramente quais mulheres não tem feito o exame, porque não se trabalha com o universo total destas mulheres. Também não foi possível monitorar o número de mulheres que deveriam ser acompanhadas quanto ao câncer de mama, devido à falta de registros na UBS. Toda nossa equipe faz atividades de educação acerca da importância da realização destes dois exames durante as palestras e conversas com as mulheres e suas famílias.

Quanto à atenção aos portadores de **Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM)**, realizamos todas as terças-feiras o HIPERDIA, onde oferecemos atendimento diferenciado a usuários hipertensos e diabéticos, baseados em protocolos fornecidos pelo Ministério de Saúde. Todas as ações são registradas no prontuário pessoal do usuário e nossas atividades são monitoradas mensalmente para conhecer usuários faltosos e a qualidade da atenção. Nossa equipe formou também o grupo de usuários hipertensos e diabéticos em que fazemos palestras com a participação da nutricionista e educador físico, fornecendo conhecimentos acerca da alimentação saudável, prática de exercícios físicos, entre outros temas, estimulando as mudanças dos estilos de vida.

Quanto aos dados do CAP, a estimativa de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência é de 803 usuários. No momento a equipe tem acompanhado 355 hipertensos, um percentual de 44%, conforme a estimativa. Os dados do CAP referentes aos diabéticos apontam que a estimativa desses usuários com 20 anos ou mais é de 229 pessoas. A equipe tem acompanhado 83 diabéticos com essas características, alcançando um percentual de 36%.

Quanto à atenção a saúde dos **idosos**, nosso ESF está formando o grupo das pessoas idosas, onde poderemos contar com a participação da nutricionista, educador físico e os ACS. Este grupo funcionará todas as segundas e quartas-feiras pela manhã e toda a nossa equipe ajudará no monitoramento e avaliação dos usuários, participando de forma ativa para um bom desenvolvimento do grupo.

Segundo os dados do CAP a estimativa de idosos com 60 anos ou mais é de 426 pessoas. A equipe tem acompanhado 224 idosos, alcançando um percentual de acompanhamento de 53%, segundo a estimativa. As ações referentes a linha de cuidado da saúde do idosos em nossa UBS precisam de uma remodelação e melhor organização. Possuímos vários idosos acamados que não estão recebendo visitas domiciliares, nem estão cadastrados. Além disso, não possuímos um registro específico para os usuários idosos, o que dificulta o monitoramento do cuidado e também o cadastro e acompanhamento dessa população. Apesar de realizarmos ações na linha de cuidado da saúde do idoso, essas não são baseadas em protocolos específicos, o que faz com que se perca em qualidade da atenção.

Em relação a linha de cuidado da saúde bucal, possuímos em nossa UBS uma equipe de saúde bucal modalidade 1, ou seja, composta por dentista e ASB e ambos profissionais são atuantes nas atividades multidisciplinares. A ESB realiza procedimentos clínicos diariamente, tais como restaurações, exodontias, adequação do meio bucal e limpezas de tártaro, sendo que toda a população, desde os bebês até os idosos, realizam os procedimentos. Também são realizadas ações de promoção e prevenção da saúde bucal como palestras e escovação supervisionada.

Após a realização da análise situacional nossa equipe pode perceber que, apesar de termos avançado consideravelmente em alguns pontos, ainda há muitas ações que precisam ser reorganizadas e melhor desenvolvidas.

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

Pela análise realizada percebemos que, apesar de ainda termos atividades para serem feitas, nossa ESF tem melhorado a atenção qualificada e houve um aumento nas atividades de promoção e prevenção em saúde, porque contamos com um pessoal humano impressionante, que ajuda em cada tarefa que nós propomos e que colabora para um bom desenvolvimento das mesmas. O preenchimento dos questionários ajudou para conhecer nossas fraquezas e melhorar o registro, monitoramento e avaliação de cada atividade realizada. Além disso, toda a equipe pode conhecer melhor a realidade da USF e, com isso, poderemos planejar melhor cada ação a ser realizada.

Acredito que, comparativamente com o texto realizado inicialmente este relatório é muito mais amplo e abrangente. Permitiu que a equipe pudesse avaliar de forma eficiente todo o trabalho feito pela e fez com que projetássemos as atividades para melhorar nossas ações para oferecer um atendimento de qualidade a nossa população.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

Machado *et al.*, (2006) abordam que o fato mais marcante para a sociedade atual é o processo de envelhecimento populacional, observados em todos os continentes. O aumento do número de idosos, tanto proporcional quanto absoluto, está impondo mudanças profundas nos modos de viver e pensar a velhice na sociedade. Segundo as autoras, a descentralização do SUS fortaleceu a oportunidade de se obter um maior contato com a realidade social, política e administrativa dos estados e municípios, mostrando as divergências regionais; implicando, inclusive, em compromissos dos gestores locais, objetivando o cumprimento de metas através das ações propostas pelo Ministério da Saúde.

A saúde das pessoas idosas e o envelhecimento são preocupações relevantes do Ministério da Saúde e é uma das áreas estratégicas do DAPES. O Brasil tem 20 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, ou seja, 10% da população, porém pode ser considerado um país envelhecido (BRASIL, 2007) e nossa UBS não está distante desta realidade, por isso queremos basear nossa intervenção estratégica em saúde priorizando esta faixa etária, focando na preservação da funcionalidade destas pessoas, sua autonomia e inclusão social.

A USF que atuo é uma ESF do tipo urbana vinculada ao SUS. Temos uma boa infraestrutura, pois a unidade foi construída recentemente. Para o desenvolvimento da intervenção, contamos com o apoio de toda a equipe da ESF, que inclui a enfermeira, a técnica de enfermagem, oitos ACS, o dentista e a ASB, além da educadora física. Também possuímos o apoio da ESB, formada pelo

cirurgião-dentista e a ASB. Todos esses profissionais estão envolvidos de forma ativa e construtiva para com a intervenção. A população total da área de abrangência é de 3688 habitantes, distribuídos em 1.070 famílias. Quanto a distribuição da população por sexo e faixa etária em nossa área de abrangência, temos 32 usuários menores de um ano, 375 menores de 5 anos, 639 de 5-14 anos, 2252 de 15-59 anos e 390 com 60 anos ou mais.

A população alvo da intervenção são os idosos da área de abrangência. Segundo o CAP, a estimativa de idosos do ESF Cristo Rei é de 426 pessoas. Conforme dados referentes ao cadastro dos ACS, o número real de idosos da área de abrangência, segundo dados dos cadastros dos ACS, é de 390 pessoas, o que é semelhante a estimativa do CAP e da planilha de coleta de dados. Até o momento, a equipe tem acompanhado 224 idosos. Por esse motivo, planejamos ampliar a cobertura, assim como buscar uma maior adesão da população idosa para o atendimento em nossa UBS. As ações referentes a linha de cuidado da saúde do idosos em nossa UBS precisam de uma remodelação e melhor organização. Possuímos vários idosos acamados que não estão recebendo visitas domiciliares, nem estão cadastrados. Além disso, não possuímos um registro específico para os usuários idosos, o que dificulta o monitoramento do cuidado e também o cadastro e acompanhamento dessa população. Apesar de realizarmos ações na linha de cuidado da saúde do idoso, essas não são baseadas em protocolos específicos, o que faz com que se perca em qualidade da atenção. Também queremos aumentar a qualidade da atenção desta população e das ações de promoção de saúde desenvolvidas.

Acreditamos que nossa intervenção pode melhorar a atenção a saúde dos idosos, pois pensamos planejar, de forma multidisciplinar, o cronograma das ações para colocar em dia as consultas, o atendimento odontológico e a avaliação multidimensional rápida, bem como identificar em nossa população os indicadores de fragilização na velhice, com o envolvimento de toda nossa equipe de forma dinâmica. Para isso contamos com os recursos humanos, matérias e como a vontade de toda nossa equipe de fazer a diferença.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1. Objetivo Geral

Proporcionar melhorias na atenção à saúde do idoso na UBS Cristo Rei, em Pedro II /PI.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

Meta 1. Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 80%.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos.

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

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

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

2.3 Metodologia

Essa intervenção será realizada na UBS Cristo Rei, Pedro II, PI. Está estruturada para ser desenvolvida em 16 semanas. O foco da intervenção será a saúde da pessoa idosa, representado por 390 usuários com idade maior ou igual de 60 anos.

2.3.1. Detalhamento das ações

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

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

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade para 80%.

Ações detalhadas por eixos:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

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

Detalhamento: Monitorar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde periodicamente (pelo menos mensalmente), por meio do exame das fichas espelho de cada usuário e através da digitação dos dados na planilha de coleta de dados. Os responsáveis por essa ação será a médica e a enfermeira.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Ações: acolher os idosos; cadastrar todos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde; atualizar as informações do SIAB.

Detalhamento: No eixo de organização e gestão do serviço a equipe toda irá acolher os idosos no momento que chegarem a UBS; os ACS vão cadastrar todos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde e atualizar as informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) com auxílio da enfermeira. Pretendemos realizar essas ações através do trabalho em conjunto dos ACS, fazendo visitas a todos os idosos da área em suas casas e explicando a existência do projeto de modo que eles sintam-se motivados em participar dele.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Ações: esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde; informar a comunidade sobre a existência do programa de atenção ao idoso na unidade de saúde.

Detalhamento: As questões referentes ao engajamento público serão acionadas por toda a equipe com palestras e conversas na sala de espera para promover o esclarecimento da comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde. Além disso, será informada a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao idoso nas palestras e espaços sociais e desenvolver folders informativos.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Ações: capacitar a equipe no acolhimento dos idosos; capacitar os ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço.

Detalhamento: Já a qualificação da prática clínica acontecerá por meio de ações de capacitação da equipe, no cenário das reuniões em que serão abordados os temas do acolhimento aos idosos e a Política Nacional de Humanização. Na oportunidade a médica e a enfermeira vão capacitar os ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço.

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

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

Ações detalhadas por eixos:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Ações: monitorar a realização da avaliação multidimensional rápida pelo menos anual em todos os idosos acompanhados pela unidade de saúde.

Detalhamento: Quanto às ações a desenvolver no eixo de monitoramento e avaliação vamos monitorar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida em todos idosos acompanhados pela unidade de saúde, o que deve ser pelo menos uma vez por ano (especificamente dentro dos quatro meses que vai durar o projeto). A médica fará essa ação por meio do exame das fichas espelho e através da digitação dos dados na planilha de coleta de dados.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO:

Ações: garantir os recursos necessários para a aplicação multidimensional rápida em todos os idosos (balança, antropômetro, tabela de Snellen...); definir as atribuições de cada profissional da equipe na avaliação multidimensional rápida dos idosos.

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

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

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

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

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

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

Detalhamento: No eixo de qualificação da prática clínica os profissionais serão capacitados para o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pela UBS; serão treinados para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida e para o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas. Essa capacitação será guiada pela médica, na reunião de 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 a medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

Ações detalhadas por eixo:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

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

Detalhamento: As ações de monitoramento e avaliação serão feitas diante o monitoramento da realização deste exame clínico por meio da ficha espelho de cada usuário que será o guia do profissional médico e de enfermagem durante o atendimento.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS:

Ações: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos. Garantir busca a idosos que não realizaram exame

clínico apropriado. Organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares. Garantir a referência e contra referência de pacientes com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades.

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

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Ações: 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: Durante as consultas e palestras realizadas, a médica e enfermeira vão orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Ações: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado. Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

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

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

Ações detalhadas por eixo:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Ações: Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde. Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada.

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

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS:

Ações: Garantir a solicitação dos exames complementares. Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo. Estabelecer sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados.

Detalhamento: Nesse eixo será garantida a solicitação dos exames complementares, garantido com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo e estabelecidos sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados. Isso será feito por meio do exame das fichas espelhos semanalmente pela médica.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Ações: Orientar os pacientes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares. Orientar os pacientes e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

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

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

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

Ações detalhadas por eixos:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Ações: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular / Hiperdia.

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

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO:

Ações: 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: Será feita pela técnica de enfermagem a realização de controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos e a realização de um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde, por meio de uma listagem.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

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

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Ações: 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: Serão realizadas pela médica e enfermeira ações de atualização dos profissionais no tratamento da hipertensão e/ou diabetes, capacitação da equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

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

Ações detalhadas por eixos:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

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

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

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO:

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

Detalhamento: Está sendo garantido o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa, ação que já é feita nas reuniões da equipe com auxílio dos ACS.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

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

Detalhamento: Nas ações de engajamento público em palestras e na sala de espera será informada a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da Unidade de Saúde e serão orientados sobre os casos que são considerados acamados ou com problemas de locomoção.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

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

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

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

Ações detalhadas por eixos:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

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

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

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS:

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

Detalhamento: Neste aspecto a equipe já está envolvida na organização da agenda para visitar aos idosos acamados ou com problemas de locomoção, necessitados de visita domiciliar.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

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

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Ações: 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: As ações da qualificação da prática clínica serão desenvolvidas diante orientações aos ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção e para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar.

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

Ações detalhadas por eixo:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

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

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

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS:

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

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Ações: 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: As ações de engajamento público orientarão a comunidade durante as consultas clínicas sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

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

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

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

Ações detalhadas por eixos:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

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

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

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS:

Ações: Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM. 6.2. Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde. 6.3 Criar sistema de alerta na ficha de acompanhamento para indicador o idoso que provavelmente terá que realizar o hemoglicoteste.

Detalhamento: Será melhorado o acolhimento para os idosos portadores de DM, garantido o material adequado para realização do Hemoglicoteste na unidade de saúde e criado sistema de alerta na ficha de acompanhamento para indicador o idoso que provavelmente terá que realizar o Hemoglicoteste.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

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

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Ações: 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: As questões referentes à qualificação da prática clínica serão acionadas por meio da capacitação da equipe da UBS para realização do

Hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de HAS.

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

Ações detalhadas por eixos:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Ações: Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de idosos.

Detalhamento: Será realizado o monitoramento da avaliação da necessidade de tratamento odontológico dos idosos por meio do exame das fichas espelho e planilha de coleta de dados pela médica e enfermeira.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS:

Ações: 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: Será planejado pela ESB o acolhimento aos idosos na unidade de saúde e o cadastramento dos idosos na unidade de saúde. O atendimento em saúde bucal será prioritário e a organização da agenda de saúde bucal será de responsabilidade da ASB.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

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

Detalhamento: Vamos informar a comunidade sobre a importância de avaliar a saúde bucal dos idosos por meio de atividades educativas e conversas na sala de espera.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

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

Detalhamento: No eixo de qualificação da prática clínica está previsto capacitar a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em idosos, ação de responsabilidade da ESB.

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

Ações detalhadas por eixos:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

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

Detalhamento: Monitorar número de idosos cadastrados na unidade em acompanhamento odontológico no período, por meio do exame das fichas espelho e da planilha de coleta de dados pela médica e enfermeira.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Ações: 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: 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 e oferecer atendimento prioritário aos idosos.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Ações: 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: 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 durante as consultas médicas; ouvir a comunidade sobre estratégias para captação de idosos para acompanhamento odontológico.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Ações: 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: 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.

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

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

Ações detalhadas por eixos:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

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

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

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Ações: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos. Organizar a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Serão organizadas as visitas domiciliares para buscar os faltosos e organizaremos a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Ações: 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: Será informada a comunidade sobre a importância da realização das consultas, escutado a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos idosos e esclarecidos os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro de informações.

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

Ações detalhadas por eixos:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

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

Detalhamento: Será monitorada a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na UBS por meio do exame das fichas espelho e da planilha de coleta de dados.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS:

Ações: 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: As informações do SIAB serão atualizadas pela enfermeira; será implantada a planilha/ registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos; pactuado com a equipe o registro das informações; definiremos em reunião de equipe o responsável pelo monitoramento dos registros e será organizado um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, o atraso na realização de exame complementar, a não realização da Avaliação Multidimensional Rápida e dos demais procedimentos preconizados.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Ações: 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: A ação fundamental no eixo de engajamento público consistirá em orientar os usuários e a comunidade na sala de espera e nas consultas médicas sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

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

Detalhamento: A ação de qualificação da prática clínica será feito pela médica, por meio do treinamento da equipe, nas reuniões, no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos.

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

Ações detalhadas por eixos:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Ações: Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

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

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS:

Ações: Solicitar ao gestor municipal a disponibilização da Cardeneta de Saúde da Pessoa Idosa

Detalhamento: Será solicitada ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde do Idoso como ação de organização e gestão dos serviços.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

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

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

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

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

Detalhamento: A qualificação da prática clínica será executada diante a capacitação da equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa na reunião de equipe.

Objetivo 5: Melhorar a avaliação de risco.

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

Ações detalhadas por eixos:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

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

Detalhamento: Será monitorado o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência por meio da digitação dos dados pela médica e enfermeira na planilha de coleta de dados.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS:

Ações: Priorizar o atendimento a idosos de maior risco de morbimortalidade.

Detalhamento: Será priorizado o atendimento aos idosos de maior risco de morbimortalidade.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

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

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

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

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

Detalhamento: Será realizada a capacitação dos profissionais na reunião de equipe para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa na reunião de equipe.

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

Ações detalhadas por eixos:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

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

Detalhamento: Será monitorado o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice, por meio das fichas espelho.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS:

Ações: Priorizar o atendimento idosos fragilizados na velhice.

Detalhamento: Serão priorizados os atendimentos aos idosos fragilizados na velhice.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

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

Detalhamento: Serão orientados os idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

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

Detalhamento: Será realizada a capacitação dos profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice durante as reuniões de equipe, por meio da educação permanente.

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

Ações detalhadas por eixos:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

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

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

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS:

Ações: Facilitar o agendamento e a visita domiciliar a idosos com rede social deficiente

Detalhamento: Será facilitado o agendamento e as visitas domiciliares nesses idosos com rede social deficiente por meio da priorização desses usuários.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Ações: 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: Serão orientados os idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na UBS e estimular na comunidade por meio de conversas da equipe na sala de espera a promoção da socialização do idoso e o estabelecimento de redes sociais de apoio.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Ações: Capacitar a equipe para avaliar a rede social dos idosos.

Detalhamento: Na reunião de equipe serão capacitados os profissionais para avaliar a rede social dos idosos durante os atendimentos e visitas.

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos.

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

Ações detalhadas por eixos:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Ações: Monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos. Monitorar o número de idosos com obesidade / desnutrição.

Detalhamento: Será monitorada a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos e monitorado o número de idosos com obesidade / desnutrição por meio do exame das fichas espelho e da planilha de coleta de dados.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS:

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

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

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

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

Detalhamento: O engajamento público será executado nas consultas clínicas médica, diante da orientação dos idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Ações: 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". Capacitar a equipe para a orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos. Criar grupo de Idosos para oferecer todas estas orientações

Detalhamento: As questões referentes à qualificação da prática clínica acontecerão por meio de ações de capacitação da equipe nas reuniões para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável" ou o "Guia alimentar para a população brasileira", orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos e a criação de grupo de Idosos para oferecer todas estas orientações.

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

Ações detalhadas por eixos:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Ações: Monitorar a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos. Monitorar o número de idosos que realizam atividade física regular.

Detalhamento: Será monitorada a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos, assim como o número de idosos que realizam atividade física regular por meio do exame das fichas espelho e da digitação dos dados na planilha de coleta de dados pela médica e enfermeira.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS:

Ações: 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: Será fundamental definir o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular e demandar junto ao gestor municipal parcerias institucionais para realização de atividade física.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

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

Detalhamento: Será realizada a orientação aos idosos e a comunidade para a realização de atividade física regular nas consultas clínicas médicas.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

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

Detalhamento: Nas reuniões será capacitada a equipe para orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular.

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

Ações detalhadas por eixos:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Ações: Monitorar as atividades educativas individuais.

Detalhamento: Vamos monitorar as atividades educativas individuais por meio do exame das fichas espelho pela médica e enfermeira.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS:

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

Detalhamento: A ação de organização e gestão do serviço será possível com a organização do tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

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

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

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

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

Detalhamento: Será feito a capacitação da equipe para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias.

2.3.2 Indicadores

Referente ao objetivo1: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso.

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 80%.

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

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 2.8: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus.

Denominador: Número de idosos com pressão sustentada maior que 135/80 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 de idosos cadastrados no programa e pertencentes à área de abrangência.

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

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

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

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

Referente ao objetivo 3: Melhorar a adesão dos idosos ao programa de acompanhamento.

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

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

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

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programáticas.

Referente ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

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

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

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

Referente ao objetivo 5: realizar a avaliação de risco.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.

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

Referente ao objetivo 6: Promoção da saúde

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com orientação sobre higiene bucal.

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

2.3.3. Logística

Para a execução da intervenção sobre Saúde da pessoa idosa, será adotado o protocolos do Ministério de Saúde “Envelhecimento e saúde da pessoa idosa” (BRASIL, 2007), além de manuais técnicos, como o Caderno de Atenção Básica Nº 07 (BRASIL, 2001). Os mesmos estão disponíveis em nossa UBS e serão utilizados por toda nossa equipe, caso necessário.

Para o desenvolvimento da intervenção a enfermeira e eu complementamos a ficha espelho disponibilizadas para poder colocar todas as ações e indicadores necessários para o monitoramento do projeto. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

Para realizar o registro específico do programa, a enfermeira e eu revisaremos com todos os ACS a quantidade de pessoas idosas em cada micro-área de abrangência e, posteriormente, revisaremos os prontuários destes usuários para transcrevermos as informações disponíveis dos prontuários para a ficha espelho. Ao mesmo tempo se realizará o primeiro monitoramento, fazendo uma anotação sobre as consultas e exames laboratoriais em atraso.

O cadastramento dos usuários participantes da intervenção será feito pelos ACS, durante as visitas domiciliares, sendo que cada ACS será responsável pelo conhecimento e cadastramento dos idosos da sua micro área. Após realizarem o cadastro, os ACS farão o agendamento das consultas clínicas na USF, quando os idosos participarem das atividades e ações que fazem parte da intervenção. Ao chegarem a USF, no dia do agendamento feito pelos ACS, ou quando procurarem o serviço de forma espontânea, os idosos e seus familiares serão acolhidos por qualquer membro da equipe, sendo que todos estarão capacitados para tal. Na oportunidade será explicado as ações da intervenção e os usuários serão encaminhados para consulta médica e odontológica. Ao saírem da USF, a consulta de retorno já ficará agendada, com o intuito de criar um vínculo forte com esses usuários. No mês seguinte, caso o idoso não compareça a consulta agendada, os ACS comunicarão a equipe e então será organizado uma visita domiciliar para fazer o acompanhamento. No caso dos idosos acamados, ou com problemas de locomoção, o acompanhamento da equipe será todo realizado por meio das visitas domiciliares agendadas, por cada micro área de cada ACS.

As ações correspondentes ao eixo de qualificação da prática clínica serão realizadas, em sua maioria, por processos de capacitações. Planejamos cinco

processos de capacitação para os profissionais. Será iniciado com a capacitação da equipe de saúde e será realizada no horário das 15 as 17h, na própria UBS. Os temas estarão baseados na Política Nacional de Humanização, o acolhimento dos idosos por cada membro da equipe, orientação dos usuários sobre as alternativas para obter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, bem como promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável" ou o "Guia alimentar para a população brasileira", orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos, sobre a realização de atividade física regular, oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias. Esta primeira parte da capacitação é bastante teórica. Já na segunda parte, de forma prática, treinaremos a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos, da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa, e para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa. Assim como identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice. Para essa primeira atividade definimos como responsável a enfermeira e a médica do ESF.

Faremos a capacitação dos ACS, no horário de 15 às 17h, na segunda semana, no mesmo local de reuniões da UBS, com os temas acerca de captação de idosos, na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço, cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência, bem como o acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção e o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar. Também o treinamento aos ACS para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade. Para essa segunda atividade a responsável será a enfermeira

Faremos a capacitação da equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em idosos e para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico e a capacitação dos cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para idosos e sobre o acolhimento desses usuários nesse sentido, esta atividade será feita no horário das 16 às 17h no local de reuniões da UBS. Os responsáveis serão o dentista e a auxiliar de saúde bucal.

Planejamos uma atividade educativa prática em conjunto com a enfermeira, a técnica de enfermagem e a médica para atualização acerca o atendimento dos

idosos de acordo com o protocolo adotado pela UBS, da realização de exame clínico apropriado assim como o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas e no tratamento da hipertensão e/ou diabetes bem como para solicitação de exames complementares. Faremos também uma capacitação para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e para a realização do hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, por ultimo faremos um treinamento para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida e para o encaminhamento adequado dos casos que necessitarem de avaliações mais complexas e definiremos com a equipe a periodicidade das consultas. Para esse momento, a responsável será a médica.

O quinto momento de capacitação será de forma dinâmica, estará dirigido a comunidade e será realizado na própria comunidade. Para isso, pretendemos fazer atividades educativas no primeiro tempo nas diferentes micro áreas de abrangência, convocando os líderes formais e informais e associação de moradores da comunidade, sendo que realizaremos um cronograma para o desenvolvimento da capacitação por ACS. Os temas estarão baseados no esclarecimento a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde, informar sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde e orientar sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável, ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos idosos (se houver número excessivo de faltosos), esclarecendo aos idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas, a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção; sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco assim como orientar os idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente.

Também abordaremos temas sobre os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, da realização de exames complementares e periodicidade, o direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso, sobre a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados ou

com problemas de locomoção e os casos em que se deve solicitar visita domiciliar, sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS e sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade, sendo os responsáveis a enfermeira e eu.

Pretendemos fazer atividades educativas acerca do atendimento odontológico prioritário de idosos e de sua importância para saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na Unidade de Saúde, esclarecendo a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais e ouvindo a comunidade sobre estratégias para captação de idosos para acompanhamento odontológico, sendo o responsável por essa ação o dentista.

Criaremos um grupo de idosos para fazer atividades educativas em que abordaremos os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis, a realização de atividade física regular e a importância da higiene bucal e de próteses dentárias. Além disso, faremos prática sistemática de exercícios físicos, participando toda a equipe, incluindo a nutricionista e a educadora física, sendo a médica responsável dessa atividade.

Planejamos trabalhar na gestão dos recursos, os humanos, já contamos plenamente, os demais recursos estamos providenciando materiais como papel, lápis de cores, lápis e canetas, para desenvolver a intervenção. Por isto, em relação aos recursos para aplicação da avaliação multidimensional rápida já temos garantido todos os recursos como antropômetro, balança e já estamos providenciando com o gestor municipal os recursos para ter disponibilizado a planilha em formato escrito para o total dos usuários idosos de nosso projeto, sendo o responsável por essa ação a enfermeira e a médica. Temos a responsabilidade de criar sistema de alerta na ficha de acompanhamento para indicar o idoso que provavelmente terá que realizar o hemoglicoteste, adaptando uma gota de cor vermelha na ficha do usuário.

A enfermeira e a técnica de enfermagem serão as responsáveis por manter as informações do SIAB atualizadas, assim como a planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos, para isto já estamos providenciando com o gestor municipal essas planilhas.

É responsabilidade da técnica de enfermagem organizar o acolhimento aos idosos da unidade de saúde e organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares e para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares e das visitas domiciliares a idosos

acamados ou com problemas de locomoção e organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

É responsabilidade da enfermeira, da técnica de enfermagem e do gestor municipal realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos e manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde, para isto se disponibilizará uma planilha para refletir os medicamentos e quantidade dos mesmos.

Já temos garantido os modelos de fichas para referência e contra-referência de usuários com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades, sendo a enfermeira a responsável por este recurso.

Estamos garantindo a realização dos exames complementares definidos no protocolo, através da definição com o gestor municipal de qual laboratório realizará os mesmos. Assim como disponibilizar da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, sendo a responsável a enfermeira e o gestor municipal.

Compete a enfermeira e a médica organizar o preenchimento do 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, assim como priorizar o atendimento a idosos de maior risco de morbimortalidade e idosos fragilizados na velhice.

Solicitaremos ao gestor municipal a garantia do material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde e material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde, o que já esta sendo providenciado.

Os ACS devem garantir o cadastramento dos idosos na unidade de saúde, a busca a idosos que não realizaram exame clínico apropriado e garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa. Para isso estamos providenciando com o gestor municipal os recursos materiais para o registro específico, tais como folhas e planilhas.

Será de responsabilidade do dentista organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos e monitorar a utilização de serviço odontológico por idosos da área de abrangência e oferecer atendimento prioritário aos mesmos, para isto estamos analisando com o dentista e o gestor municipal a possibilidade de aumentar a quantidade de insumo para enfrentar o aumento das consultas odontológicas. É de

responsabilidade do dentista e do auxiliar de saúde bucal organizar o acolhimento dos idosos na unidade de saúde, fazendo com que ele seja bem recebido e assistido.

3 Relatório da intervenção

3.1 Ações previstas que foram desenvolvidas

Acompanhamos e avaliamos um total de 314 usuários idosos, tendo uma cobertura de 80,5%, deles 215 eram hipertensos e/ou diabéticos, os quais foram acolhidos e avaliados clinicamente, conforme o protocolo do Ministério da Saúde. Realizamos a avaliação multidimensional rápida, garantindo os recursos necessários para realizar a mesma, e exame clínico apropriado, sem nenhuma dificuldade e definindo as atribuições de cada integrante da equipe. Desde o começo de nossa intervenção todos os membros da equipe encontravam-se aptos para iniciar a mesma, assim como, cada um deles estava pronto para cumprir com todas suas atribuições com dedicação, amor, entrega, participação ativa e responsabilidade. Assim, todos juntos enfrentamos os desafios e contratempos que ocorreram durante o desenvolvimento da intervenção.

Também identificamos, juntamente com a comunidade, os idosos que não estavam realizando acompanhamento em nenhum serviço, o que serviu para melhorar o atendimento a esses usuários na UBS, devido às informações trazidas pelos ACS de como deveríamos buscar os idosos que não estão sendo acompanhados em nenhum serviço.

Conseguimos orientar os usuários através de palestras sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, tendo a maioria de nossos usuários recebendo este serviço.

Durante a intervenção as realizações dos exames complementares preconizados pelo Ministério de Saúde nas duas primeiras semanas tiveram algum atraso, mas depois essa ação ocorreu sem problemas, devido a conversa prévia com o gestor de saúde.

Foram traçadas e planejadas ações para fazer as visitas para aqueles idosos acamados e com problema de locomoção, que não podem deslocar-se até nossa UBS. Foi disponibilizado um veículo para o deslocamento da equipe até a moradia de nossos usuários, previamente cadastrado pelos ACS, recebendo todos e cada um, uma atenção diferenciada, o que favoreceu muito para que não ocorressem faltas as consultas agendadas.

Todos nossos usuários tiveram o aferimento da pressão arterial, para rastreamento de hipertensão arterial, não tendo casos novos. Os usuários com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg foram submetidos a rastreamento para Diabetes Mellitus através de solicitação de exame de glicemia em jejum.

Em todos os usuários se preencheu a ficha espelho, o que permitiu conhecer os dados de cada um dos usuários de forma correta, inclusive com os medicamentos que usam, para desta forma manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

A todos os usuários se ofereceu a utilização de serviço odontológico, organizando a agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos e oferecendo atendimento prioritário para os mesmos.

Também realizamos atividades de educação em saúde como palestras, conversas, encontros culturais, etc., nas comunidades e na própria UBS, com a finalidade de expor e informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da Unidade de Saúde e esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde.

Durante o desenvolvimento de nossa intervenção foram oferecidas palestras e atividades educativas a população com ajuda da equipe de odontologia, nutricionista e a educadora física. Todos os participantes ficaram satisfeitos com estas atividades e os resultados positivos foram percebidos imediatamente. Durante o desenvolvimento destas palestras e reuniões realizadas para a comunidade os usuários entenderam a importância da intervenção e sua continuidade como parte da rotina da UBS.

A equipe sempre se reunia todas as quartas-feiras à tarde, depois dos atendimentos, para analisar o funcionamento da equipe e o desenvolvimento do trabalho da UBS no dia a dia, assim como, para discutir o cronograma de trabalho, como se estava cumprindo e repassar para todos os membros da equipe, além de monitorar e avaliar o desenvolvimento e o andamento de nossa intervenção, isto constitui uma boa rotina porque se da resposta rápida dos problemas encontrados.

Formamos um grupo de idosos integrados por muitos dos usuários deste programa e alguns de seus familiares e líderes comunitários, neste grupo planejamos atividades culturais, recreativas, exercício físico, entre outras. O resultado atingido até agora foram graças à equipe que sempre esteve alegre, contente e muito animada, olhando para frente e pensando na melhoria da qualidade dos atendimentos aos usuários em geral. Também é bom ressaltar que durante o decorrer de nossa intervenção tivemos dias feriados e pontos facultativos nos meses de abril e maio, além das intensas chuvas que azotaram a cidade, mas estes elementos não atrapalharam nossos serviços, entretanto nesses dias não foram possíveis desenvolver todas as ações e atividades previstas nessas datas, mas depois desses dias foram reestabelecidas todas estas ações para poder cumprir com todas as ações planejadas e estabelecidas na intervenção, que foram cumpridas com muito amor.

3.2 Ações previstas que não foram desenvolvidas

Todas as ações previstas foram desenvolvidas pela equipe.

3.3 Aspectos da coleta e sistematização de dados

Referente à coleta e sistematização dos dados, não tivemos grandes dificuldades, tendo alguns erros que foram sanados a tempo. Todas as ações foram desenvolvidas e todos os usuários receberam os benefícios das ações previstas pela intervenção, além disto, foram calculados os indicadores os quais ficaram em correspondência com o trabalho desenvolvido até a 12ª semana. Percebamos que não tivemos usuários faltosos as consultas, o que nos serviu de estímulo, porque se evidenciou o trabalho de divulgação de nosso projeto.

Ressalto que foi de extrema importância para a coleta de sistematização de dados quantitativos o uso da ficha espelho e da planilha de coleta de dados, ambos instrumentos disponibilizados pelo curso. A ficha espelho serviu de guia para a coleta de dados, pois através dela todos os usuários conseguiam receber a mesma atenção. Já a planilha de coleta de dados auxiliou na sistematização dos dados quantitativos, no cálculo dos indicadores e no monitoramento de cada usuário, o que foi de grande valia.

Os diários de intervenção foram essenciais para a coleta de dados qualitativos, pois através deles consegui captar a visão dos usuários e dos profissionais sobre a intervenção e as ações que estavam sendo realizadas. Foi também através dos diários que pude expressar minhas angústias, frustrações, perdas e ganhos e isso contribuiu bastante para a construção da intervenção.

3.4 Análises da incorporação das ações à rotina do serviço

As ações previstas na intervenção foram incorporadas na rotina do serviço da unidade, utilizando as fichas espelho disponibilizadas pelo curso, realizando capacitação para os profissionais da UBS de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde, visitas domiciliares e atendimentos clínicos, incorporando a avaliação multidimensional rápida, a fragilização na velhice, risco morbimortalidade e rede social e o cadastramento dos usuários foi realizado de acordo com o cadastro de todos os ACS, durante as consultas clínicas e visitas domiciliares. A partir de agora a proposta é ampliar e fortalecer ainda mais a intervenção realizada com apoio de todos, aumentando as metas propostas e utilizando a mesma metodologia em outras ações programáticas (atenção ao câncer de colo de útero e de mama, atenção à saúde das crianças, além de pré-natal e puerpério).

Esta intervenção transcorreu pelo caminho certo e conseguimos desenvolver nosso trabalho de forma planejada, organizada para não atrapalhar as consultas agendadas, o cronograma de trabalho da equipe, os atendimentos de demanda livre e as emergências e urgências que ocorreram em nossa UBS. Os atendimentos destes usuários foram registrados no prontuário clínico e ficha espelho, existindo arquivo específico para os registros dos atendimentos, o mesmo é revisado

periodicamente com a finalidade de verificar usuários faltosos ao retorno programado.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção ocorreu na UBS Cristo Rei, em Pedro II, Piauí e teve como população alvo os idosos, ou seja, pessoas com 60 anos ou mais residentes na área de abrangência. Nosso trabalho teve como objetivo geral proporcionar melhorias nas condições de saúde dos idosos cadastrados na UBS Cristo Rei, realizando a reorganização da atenção à saúde dos mesmos. A intervenção estava programada para acontecer em 16 semanas, mas por motivos inerentes ao curso de especialização e devido às férias prolongadas e dificuldades de retorno dos alunos estrangeiros, as ações tiveram que se reprogramadas para que pudessem acontecer em 12 semanas. Segundo o CAP a estimativa de idosos na área de abrangência era de 426 pessoas. A estimativa de idosos segundo a planilha de coleta de dados é de 369 pessoas, que é mais próximo a realidade encontrada na UBS Cristo Rei, cujo número total de idosos é de 390 usuários. A seguir, apresentam-se os resultados com avaliação quantitativa e qualitativa de todos os indicadores de utilizados para monitorar o desempenho dessa intervenção.

Resultados referentes ao objetivo de melhorar a cobertura

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 80%.

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

Durante no primeiro mês da intervenção foram cadastrados 94 usuários (24,1%), no segundo mês foram 210 usuários (53,8%) e no terceiro mês 314 usuários (80,5%), alcançando, dessa forma e com muito sacrifício, a meta pactuada. Esses dados encontram-se ilustrados na Figura 01. O alcance dessa meta só foi possível pelo árduo trabalho realizado por toda a equipe. Dessa forma, os ACS

visitaram todos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde para a divulgação do projeto, esclarecendo a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde, assim como informando a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde. Além disso, foram realizadas capacitações da equipe no acolhimento e na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço, assim como na Política Nacional de Humanização, e tudo isso coadjuvou no bom resultado atingido.

Qualitativamente, esse resultado trouxe um melhor conhecimento dessa população para a equipe, algo que não tínhamos antes da intervenção, já que, neste momento, sabemos quantos idosos residem na área de abrangência e, dessa forma, podemos nos dedicar ainda mais para busca-los e fazer com que façam parte das ações e tenham os cuidados da equipe de saúde.

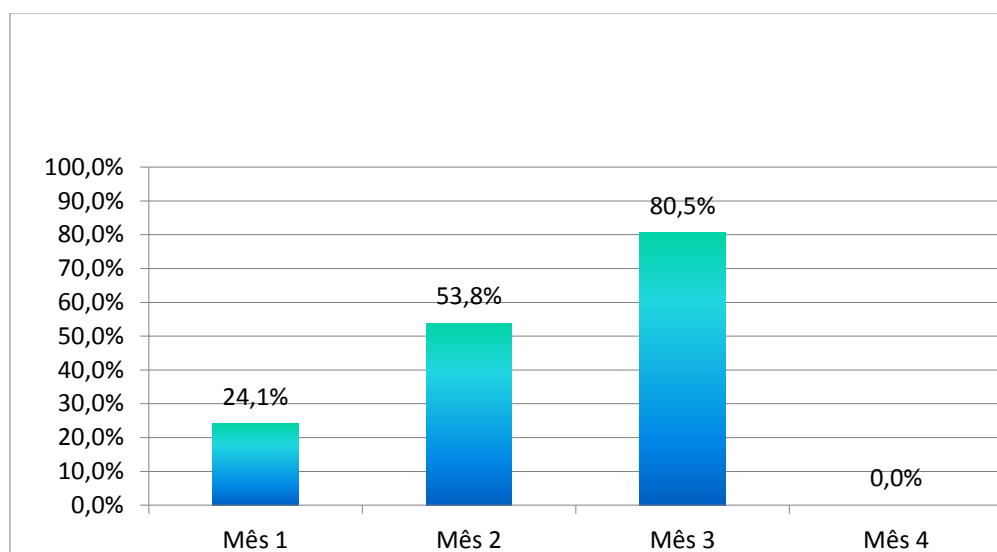


Figura 1 – Gráfico de cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na UBS Cristo Rei, Pedro II, PI, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados do Idoso UNASUS/ UFPEL, 2015.

Resultados referentes ao objetivo de melhorar a qualidade da atenção

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

Indicador: Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia

Todos os idosos que foram cadastrados no período da intervenção receberam a avaliação multidimensional rápida, fazendo com que fosse alcançado a meta de 100% nos 3 meses da intervenção. Assim sendo, no primeiro mês 94 idosos (100%) receberam a avaliação. No segundo mês 210 (100%) e no terceiro mês 314 (100%) foram avaliados.

Para alcançar essa meta, nossa equipe teve que fazer um grande esforço para conseguir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropômetro, Tabela de Snellen...), porém, com a contribuição da gestão esses materiais foram disponibilizados. Além disso, a definição das atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos, assim como o treinamento de toda a equipe para a aplicação dessa avaliação, bem como a orientação da comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável foram ações que contribuíram para o alcance da meta pactuada.

Para a equipe, o alcance dessa meta reflete em um maior cuidado ao idoso, proporcionando uma avaliação clínica de qualidade, o que sucede com melhorias da saúde como um todo.

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 três meses para diabéticos.

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

Da mesma forma que a avaliação multidimensional rápida, durante os 3 meses da intervenção, a totalidade dos idosos assistidos recebeu o exame clínico apropriado, alcançando a meta pactuada de 100%. No primeiro mês os 94 idosos (100%) receberam esse exame, no segundo mês foram 210 (100%) e no terceiro mês 314 (100%).

O exame clínico apropriado em todos os usuários que foram avaliados não foi uma tarefa fácil de ser cumprida, devido a tudo que esse exame engloba. Para

conseguir essa meta a nossa equipe definiu as atribuições de cada membro no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos, capacitando a equipe para a realização do mesmo e para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas. Garantimos, por intermédio dos ACS, a busca aos idosos que não realizaram exame clínico apropriado, assim como a referência e contra referência de usuários com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades, orientando aos usuários e a comunidade nas consultas 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. Todas essas ações pactuadas pelo curso possibilitam a melhoria da qualidade do exame aos usuários idosos, o que reflete em melhoria do cuidado.

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

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

Todos nossos usuários idosos hipertensos e/ou diabéticos tiveram garantido a solicitação de exames complementares em dia. Assim sendo, no primeiro mês 74 idosos (100%) tiveram a solicitação dos exames complementares, no segundo mês foram 157 idosos (100%) e no terceiro mês 215 (100%).

Essa meta só foi possível de ser alcançada devido a prévia combinação feita com o gestor municipal, garantindo a agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo. Além disso, a equipe estabeleceu sistemas de alerta para aqueles usuários que não realizaram os exames complementares preconizados e em todo momento fomos orientando os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares e a sua periodicidade. O fato de solicitarmos os exames não significa que os usuários realizaram os mesmos e, por esse fato, é essencial que a equipe tenha esse controle, pois a realização desses exames é muito importante para o cuidado integral dos idosos e acompanhamento da situação de saúde/doença dos mesmos.

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.

Em relação a esta meta, no primeiro mês dos 94 usuários avaliados, tivemos 74 (78,7%) com prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada. No segundo mês, dos 210 usuários, 154 (72,4%) tinham essa prescrição e no terceiro mês dos 314 usuários avaliados, 210 (66,9%). Assim sendo, não foi possível alcançar a meta pactuada. A figura 02 demonstra esses resultados.

Diversas ações foram realizadas para que pudessemos alcançar a meta proposta de 100%, tais como manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde, assim como orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso. Entretanto, alguns usuários não conseguem controlar suas enfermidades com as medicações da Farmácia Popular e requerem de outros medicamentos para tal.

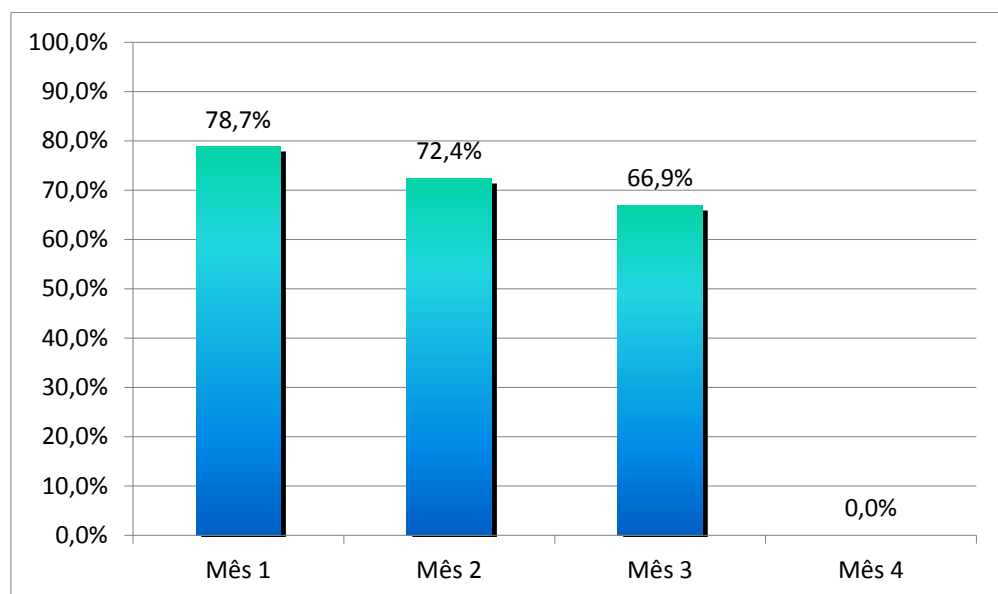


Figura 2 – Cobertura de idosos com prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada na UBS Cristo Rei, Pedro II, PI, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados do Idoso UNASUS/UFPEL, 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.

Segundo a estimativa da planilha de coleta de dados da saúde do idoso disponibilizada pelo curso, deveríamos ter em nossa área de abrangência 30 idosos acamados ou com problemas de locomoção, entretanto, no primeiro mês dentre os idosos cadastrados, 13 possuíam dificuldades de locomoção ou estavam acamados. No segundo mês, dentre os cadastrados, 29 tinham essa dificuldade e no terceiro mês foram 34 idosos. Assim sendo, durante os 3 meses da intervenção todos esses idosos acamados ou com problemas de locomoção foram cadastrados e receberam os devidos cuidados em saúde pela equipe.

O alcance dessa meta foi possível graças ao trabalho realizado pelos ACS na identificação e cadastramento desses idosos. Assim sendo, esse resultado faz com que a equipe tenha o total conhecimento dos usuários que apresentam uma condição especial de saúde que requer cuidados especiais, fazendo com que se cumpra com o princípio da equidade do SUS.

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

Complementando a meta 2.5, todos os idosos eu foram cadastrados e identificados pelos ACS com dificuldades de locomoção ou que se encontravam acamados receberam a visita domiciliar para que pudessem ser acompanhados. Dessa forma, foi possível alcançar a meta pactuada, sendo que no primeiro mês foram visitados os 13 idosos acamados ou com problemas de locomoção (100%), no segundo mês 29 idosos visitados (100%) e no terceiro mês 34 idosos (100%).

Foi possível alcançar essa meta organizando a agenda para realizar as visitas, assim como orientando a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar (evitando visitas desnecessárias) e sobre a disponibilidade das mesmas para aos idosos acamados ou com problemas de locomoção. Os ACS foram fundamentais para o alcance dessa meta e eles foram orientados sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com

problemas de locomoção e para o reconhecimento dos casos que necessitem as mesmas, além disso, contamos com o transporte da secretaria de saúde para deslocar-nos até as moradias dos idosos, logística que contribui muito para essa atividade.

A figura 03 retrata uma idosa com dificuldade de locomoção, a qual realizamos visitas domiciliares para seu devido acompanhamento.



Figura 03 – Fotografia de idosa com dificuldades de locomoção que recebia visita domiciliar durante a intervenção.

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

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

Essa foi mais uma meta alcançada pela equipe, sendo que no primeiro mês 94 idosos (100%) tiveram a verificação da Pressão arterial (PA) na última consulta; no segundo mês foram 210 idosos (100%) e no terceiro mês 314 usuários (100%) receberam a verificação da PA.

Isso foi possível porque garantimos o material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos) na unidade de saúde e capacitamos a equipe para verificação da pressão arterial de forma criteriosa,

incluindo uso adequado do manguito. Todas ações pactuadas através do curso e que promoveram a melhoria do cuidado em saúde para os idosos.

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

Indicador: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

Todos os usuários idosos hipertensos que participaram da intervenção foram rastreados para diabetes. Assim sendo, no primeiro mês 73 usuários (100%) hipertensos ou que tiveram a PA sustentada maior que 135/80 mmHg foram rastreados para diabetes. No segundo mês foram 156 usuários (100%) e no terceiro mês 215 usuários (100%).

Essa era uma situação complexa de ser realizada na UBS antes da intervenção, pois não tínhamos as condições necessárias para tal. Conseguimos solucionar a situação porque, em primeiro lugar tivemos a garantia do material adequado para realização do hemoglicoteste na UBS pela secretaria de saúde. Em segundo lugar, capacitamos a equipe da UBS para realização do mesmo em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica e, além disso, criamos um sistema de alerta na ficha de acompanhamento para indicar o idoso que provavelmente terá que realizar o exame. Dessa forma, por meio das ações sugeridas pelo curso, conseguimos nos programar e realizamos o rastreamento dos usuários com a qualidade requerida.

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.

Durante os 3 meses da intervenção 100% dos usuários receberam a avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Assim sendo, no primeiro mês 94 idosos (100%) receberam essa avaliação e no segundo e terceiro mês 210 e 314 idosos, respectivamente.

Através das atividades de capacitação e treinamento relativas a essa meta a equipe toda foi orientada que a saúde bucal faz parte do todo e em qualquer

profissional pode orientar o usuário quanto a necessidade de atendimento odontológico, o que foi um ganho para todos na UBS, tanto profissionais quanto os usuários. O apoio da ESB foi essencial para que essa meta pudesse ser alcançada com êxito.

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

Indicador: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

A figura 04 demonstra os dados referentes a realização da primeira consulta odontológica nos idosos participantes da intervenção. Essa meta não foi alcançada em sua totalidade, sendo que no primeiro mês dos 94 usuários cadastrados, 67 (71,3%) receberam a primeira consulta odontológica programática. No segundo mês dos 210 cadastrados, 133 (63.3%) receberam a consulta e no terceiro mês, de 314 usuários, 229 foram assistidos (72.9%).

Apesar de muito esforço da equipe, a meta de 100% não pode ser alcançada devido ao fato de alguns idosos não quer realizar o atendimento, alegando diferentes razões. Muitas ações foram realizadas nesse sentido na comunidade, tais como oferecer o atendimento prioritário aos idosos, organização da agenda de saúde bucal para atendimento dos mesmos e realização de atividades para informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal dos idosos; porém acreditamos que a resistência dos idosos é reflexo da desconfiança e do próprio receio que muitas pessoas possuem em relação ao atendimento odontológico. Além disso, muitos idosos são usuários de prótese total e pensam que, por serem edentados, não possuem necessidade de realizar a consulta com o dentista.

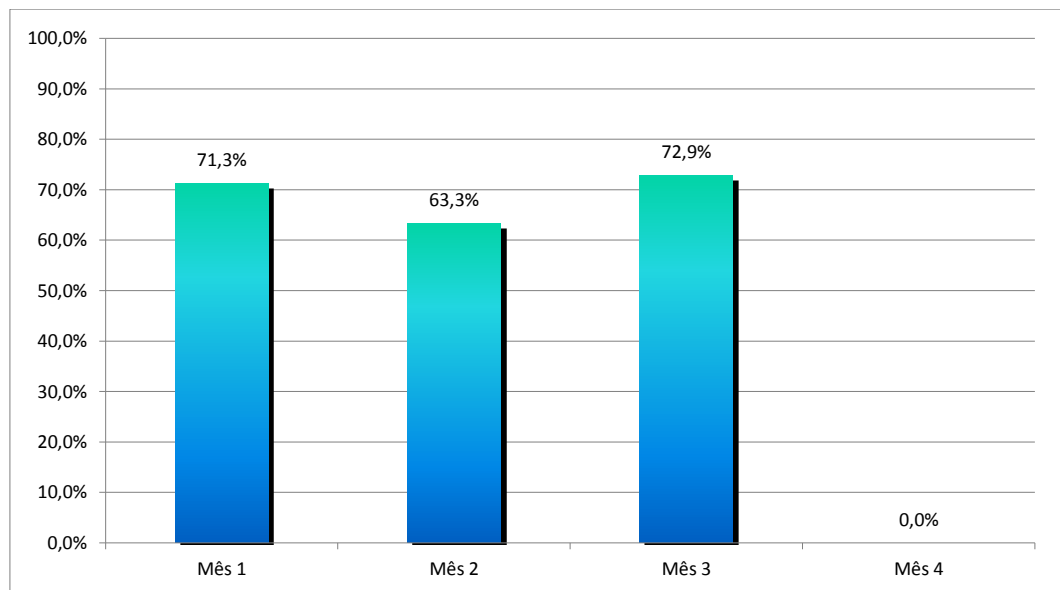


Figura 04- Gráfico de cobertura de idosos com primeira consulta odontológica programática na UBS Cristo Rei, Pedro II, PI, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados do Idoso UNASUS/UFPEL, 2015.

Resultados referentes ao objetivo de melhorar a adesão dos usuários

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

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

Graças ao trabalho excelente realizado pelos ACS e o comprometimento deles para com a intervenção, não tivemos usuários faltosos nos 3 meses da intervenção. Dessa forma, não foi necessário realizar as buscas, pois não tivemos faltosos.

Toda a equipe trabalhou arduamente para informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas, esclarecendo sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas e treinando os ACS para a orientação dos idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade. Além disso, organizamos a agenda para os idosos pudessem comparecer no dia que seria de melhor comodidade para eles ou para seus cuidadores, o que contribuiu muito para o alcance da meta pactuada.

Resultados referentes ao objetivo de melhorar o registro das informações

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

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

Nos 3 meses da intervenção, todos os idosos tiveram os registros realizados em dia em cada ficha espelho. Assim sendo, no primeiro mês os 94 idosos cadastrados (100%) tiveram seus registros em dia, no segundo mês 210 idosos (100%) e no terceiro mês 314 idosos (100%).

Essa meta foi possível de ser alcançada devido ao comprometimento de todos os profissionais no momento do preenchimento das fichas e também graças ao treinamento da equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos, assim como o monitoramento da qualidade dos registros dos idosos, feitos pela médica e enfermeira no momento da digitação dos dados na planilha de coleta de dados.

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.

Todos os usuários avaliados receberam a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Dessa forma, no primeiro mês 94 idosos (100%) receberam essa caderneta, no segundo mês 210 idosos (100%) e no terceiro mês 314 idosos (100%).

Essa meta foi fácil de ser alcançada visto que possuíamos no município todas as cadernetas que necessitávamos. No momento da entrega da caderneta orientamos os idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção, o que possibilita um acompanhamento melhor desses usuários.

Resultados referentes ao objetivo de 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.

Todos os usuários foram avaliados para o risco de morbimortalidade. Dessa forma. No primeiro mês foram 94 idosos (100%), no segundo mês 210 (100%) e no terceiro mês 314 (100%).

O que ajudou muito para o alcance dessa meta foi a capacitação dos profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa, algo que não era realizado anteriormente a intervenção e que permitiu monitorar o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência, priorizando o atendimento aos mesmos, levando a orientação os idosos sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco.

Essa meta é importante no sentido da equidade do SUS, visto que, por meio do reconhecimento dos fatores de risco para morbimortalidade a equipe consegue dar uma melhor atenção a quem está precisando mais naquele momento.

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.

Todos os idosos foram investigados quanto aos fatores de fragilização da velhice. No primeiro mês foram 94 avaliados (100%) e no segundo e terceiro mês 210 e 314, respectivamente.

Contribuiu para o alcance dessa meta a capacitação os profissionais para identificar e registrar os indicadores de fragilização na velhice, algo totalmente desconhecido pela equipe, sendo que é um indicador muito importante para dirigir e planejar nossos serviços, priorizando o atendimento dos mesmos e orientando os idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente dos mesmos.

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

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

A avaliação a rede social foi realizada em 100% dos usuários avaliados, dessa forma no primeiro mês se avaliou 94 idosos e no segundo e terceiro mês 210 e 314, respectivamente.

Através dessa atividade a equipe pode dirigir atividades para a inserção dos idosos na comunidade e na família através da criação e funcionamento do grupo de idosos, atividade que pretendemos continuar e expandir em nossa UBS.

Resultados referentes ao objetivo de promover a saúde dos idosos

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

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

Em relação aos usuários que receberam orientação nutricional sobre hábitos alimentares saudáveis podemos afirmar que foi uma meta alcançada com muito êxito, pois todos eles receberam esta importante educação em saúde nos 3 meses da intervenção (94 idosos no primeiro mês, 210 no segundo mês e 314 no terceiro mês).

No início do desenvolvimento da intervenção percebemos que nossa população alvo não tinha os conhecimentos e as ferramentas educacionais necessárias para ter uma alimentação saudável. Então a equipe planejou e realizou palestras, encontros e atividades educacionais desenvolvendo um trabalho focado em educar a todos com o intuito de controlar suas doenças e na prevenção de complicações. As principais ações que mais auxiliaram na obtenção destes resultados foram às atividades educativas mediante os encontros, palestras e a criação do grupo de idosos. A figura 05 demonstra uma atividade sobre alimentação saudável realizada com os idosos.



Figura 05 – Fotografia de atividade educativa sobre alimentação saudável realizada com os idosos durante a intervenção.

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.

Todos os usuários idosos cadastrados receberam durante os três meses da intervenção (94 idosos no primeiro mês, 210 no segundo e 314 no terceiro mês, alcançando 100% dos cadastrados), orientação adequada sobre a prática regular, continuada, sistemática e controlada de atividade física, bem como, seus benefícios na prevenção de complicações em importantes órgãos alvos do organismo.

A equipe desenvolveu um programa de atividades educativas em relação a essa meta, com o apoio do fisioterapeuta da equipe. Além disso, orientamos a toda população alvo sobre quais eram as atividades físicas que os idosos deveriam desenvolver, como caminhadas, dançar e exercícios aeróbicos. As principais ações que mais auxiliaram na obtenção destes resultados foram às atividades realizadas

com o grupo de idosos. A figura 06 e 07 demonstram as atividades físicas realizadas com os idosos.



Figura 06 – Fotografia de atividade física de dança realizada com o grupo de idosos durante a intervenção.



Figura 07 – Fotografia de atividade física realizada com auxílio da educadora física com o grupo de idosos.

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

Todos os usuários (94 idosos no primeiro mês, 210 no segundo mês e 314 no terceiro mês, alcançando 100% dos idosos cadastrados) receberam orientação adequada sobre quais são os riscos do abandono da saúde bucal, sobre a importância da higiene bucal e dos atendimentos odontológicos, assim como, de forma geral os benefícios que tem para a saúde estes atendimentos e acompanhamentos com a ESB da UBS.

Durante a intervenção a equipe educou a população alvo em relação à importância de cuidar sua saúde bucal e sobre as medidas a ter presentes para manter uma excelente higiene bucal, assim como ofereceu atividades educativas e palestras importantes e necessárias sobre todos aqueles fatores de risco que afetam a saúde bucal de forma geral, além da limpeza das próteses.

4.2 Discussão

A intervenção teve como objetivo geral proporcionar melhorias nas condições de saúde dos Idosos cadastrados na UBS Cristo Rei, no município de Pedro II /PI, realizando a reorganização da atenção a Saúde dos mesmos, propiciando a ampliação da cobertura da atenção aos idosos, assim como a melhoria dos registros e da qualidade do atendimento através do cadastramento e acolhimento dos usuários na área de abrangência da unidade de saúde com destaque na atenção dos idosos hipertensos e/ou diabéticos, assim como a classificação de riscos importantes deste grupo alvo.

A adesão destes à intervenção ocorreu fundamentalmente, se demonstrando em que não tivemos usuários faltosos, graças à cooperação da equipe e a comunidade em geral.

Todas as ações contaram com a participação dos membros da equipe de saúde em especial os ACS, os quais foram uma peça muito importante e

imprescindível na obtenção das metas atingidas assim como também a participação ativa e desinteressada dos líderes desta comunidade.

Apesar das dificuldades encontradas, a maioria das metas e dos objetivos foi alcançada. Tivemos muitos avanços durante o desenvolvimento da intervenção, dentre eles o aumento do número nas atividades recreativas e culturais destinadas a comunidades, assim como melhor qualidade dos atendimentos. Aos poucos percebemos que as ações desenvolvidas pela intervenção estavam modificando o estilo e costume de vida, de muitos de nossos usuários. As capacitações para a equipe foram muito importantes e decisivas, se mostrando interessada pela intervenção e colaborando com disciplina e sabedoria.

No início da intervenção, depois de apresentar o projeto, a equipe realizou várias reuniões para as comunidades, onde participaram a grande maioria dos profissionais, sendo identificados os diferentes pontos e possibilidades de colaboração entre a equipe e os usuários. Também mostramos que necessitávamos do empenho de todos para obter os resultados desejados no decorrer desta importante intervenção, além de expor as atividades a ter desenvolvidas durante a mesma.

Para nossa equipe a intervenção reportou uma grande e rica experiência, pois graças a ela conseguimos conhecer melhor nossa área de abrangência, trabalhando com a comunidade, conhecendo suas fortalezas e apoiando-os em elas, permitindo-os avaliar integralmente os usuários, assim como, oferecendo educação sanitária sobre promoção de saúde, prevenção e controle de suas doenças. Conscientizando a equipe sobre a importância de continuar com estas ações e sua incorporação a rotina diária do serviço. No transcurso da intervenção, o trabalho de promoção e prevenção, de assistência médica e reabilitação realizada pela equipe propiciou que estas ações de saúde tem tido um impacto maior na saúde da população em geral. Graças a esta intervenção a equipe melhorou o enfoque epidemiológico e investigativo de nosso trabalho no dia a dia na UBS, melhorado a compreensão da importância do enfoque da promoção e prevenção das ações como método eficaz para evitar que as pessoas adoçam. A equipe continua trabalhando de forma contínua, planejada e organizada, permitindo que pudessem ficar mais perto e

próximo de nossas comunidades. Sobre a importância da intervenção para a equipe, é bom sinalar que a intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para o atendimento aos usuários de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde, sendo estabelecido o conhecimento do serviço oferecido a esta população, fluxo de atendimento no serviço e também foram oferecidos espaços de educação permanente para a equipe, como capacitações para os ACS sobre como orientar os usuários quanto à realização das consultas e sua periodicidade.

Esta atividade promoveu o trabalho integrado da equipe e nos aproximou das comunidades. A equipe sempre ficou atenta, alegre, contente e animada com a intervenção, pelo fato desta ser um método qualificado e científico que nos permite conhecer, avaliar e analisar as deficiências em relação ao trabalho da equipe dentro da unidade de saúde, assim como, planejar e traçar estratégias integrais para lograr melhoria dos nossos serviços, além disso, nos ajudou a identificar os fatores de risco da população alvo e educar a todos na medida para seu afastamento e erradicação. Resumindo, a intervenção proporcionou maior integração entre os membros da equipe, estabeleceu maiores diálogos e vínculos com a comunidade e com os gestores municipais e melhorou a organização do serviço na UBS.

Vale ressaltar que a realização desta intervenção, promoveu que muitos usuários visitem nossa unidade de saúde procurando atendimentos e acompanhamentos, em busca de ações, educação e orientação em relação à prevenção de multiplex doenças. A rotina dos serviços melhorou consideravelmente, onde todos os profissionais da equipe tiveram suas atribuições retomadas viabilizando e qualificando a atenção a um maior número de usuários. Tudo isso é fruto do nosso trabalho em equipe e das constantes ações e atividades de promoção da saúde, modificando tabus, preconceitos, padrões e costumes errados.

Neste momento muitos deles estão percebendo a importância de cuidar sua saúde, de apagar e afastar fatores de riscos que sejam modificáveis, assim como, de ter acompanhamentos na unidade de saúde de forma regular. Continuamos insistindo para que o município disponibilize regularmente todos os exames complementares preconizados pelo Ministério da Saúde, assim como, para que seus resultados cheguem até nossas unidades de saúde com prontidão e qualidade,

evitando assim, que nossa população fique desacreditada e desconfiada com o serviço que oferecemos.

Quanto à importância da intervenção para a comunidade, podemos expor que todos os usuários demonstraram satisfação com os atendimentos oferecidos, mostrando que podemos trabalhar e mudar os estilos de vida da população, que podemos trocar experiências e ideias com líderes das comunidades, equipe e gestor municipal. Além disso, ajudou a mostrar e expor para nossa população que estamos dispostos a ajudar, escutar, tratar e acompanhar a todos aqueles que precisarem de atendimentos e acompanhamentos de qualidade. O apoio incondicional e permanente da gestão do município foi imprescindível, onde estiveram perto de nós e prontos para ajudar na hora que precisávamos, mostrando-se engajados com os serviços e foi assim durante todo este trabalho.

Sobre o andamento e funcionamento deste programa em nossa UBS podemos dizer que antes do começo da intervenção a avaliação dos usuários idosos se realizava com certa dificuldade, pois as grandes maiorias deles não estavam avaliadas como preconiza o protocolo do Ministério da Saúde para este programa. Nosso trabalho foi focado na ampliação desta cobertura e a melhoria da qualidade dos atendimentos, se logrando este objetivo.

Em relação à importância da intervenção para o serviço, podemos expor que antes da intervenção, o cadastro e avaliação integral dos usuários idosos da área de abrangência não era uma grande preocupação da equipe e nem contava dentro de suas prioridades no cronograma de trabalho. Eles consideravam que existiam outras doenças e outros programas nos quais eles deveriam se ocupar mais. Não tinham muita compreensão de que a prevenção dos fatores de risco, mudanças nos padrões, hábitos e costumes errados deste grupo alvo, melhoraria a qualidade e expectativa de vida dos mesmos. Por outro lado conseguimos incorporar ações envolvendo a comunidade pela primeira vez.

Caso fosse realizar a intervenção neste momento iria a programar mais atividades recreativas e culturais para a comunidade porque favorece a trocas de ideias, o envolvimento da comunidade nas ações da UBS, mudanças de estilos de vida, entre outras. O restante das atividades faria do mesmo jeito, pois achamos que

a metodologia recomendada no desenvolvimento desta intervenção está bem desenhada e nos ajudou a obter os resultados atingidos.

Ao final da intervenção percebo que a equipe se integrou ainda mais, onde incorporamos a intervenção na rotina do serviço e no dia a dia do trabalho da equipe. Além de continuar realizando ações de sensibilização dos usuários e familiares para conscientização da importância dos atendimentos e das consultas aos usuários idosos. Felizmente estamos superando todas as dificuldades encontradas no decorrer de nosso serviço. Este é um trabalho de continuidade e ficou evidente que devemos trabalhar mais e mais na melhoria do cadastro, avaliação e acompanhamento da população.

5 Relatório da intervenção para gestores

Como é de conhecimento dos gestores, os profissionais da UBS Cristo Rei, em Pedro II, Piauí realizaram uma intervenção tendo como população alvo os idosos, ou seja, pessoas com 60 anos ou mais residentes na área de abrangência. Nosso trabalho teve como objetivo geral proporcionar melhorias nas condições de saúde dos idosos cadastrados na UBS Cristo Rei, realizando a reorganização da atenção à saúde dos mesmos. A intervenção estava programada para acontecer em 16 semanas, mas por motivos inerentes ao curso de especialização e devido as férias prolongadas e dificuldades de retorno dos alunos estrangeiros, as ações tiveram que se reprogramadas para que pudessem acontecer em 12 semanas. Assim sendo, as atividades se iniciaram em 1 de abril e finalizaram em 30 de junho do ano de 2015. Nesse momento, queremos através desse relatório descrever os resultados alcançados com essa intervenção e colocar os gestores a par das atividades desenvolvidas.

Diversas ações foram realizadas no período da intervenção e aconteceram dentro dos quatros eixos determinados pelo curso de especialização em saúde da família da UNASUS/ UFPel, que foram os eixos de monitoramento e avaliação, qualificação da prática clínica, organização e gestão dos serviços e engajamento público, o que proporcionou melhoria e qualificação dos atendimentos aos idosos; reorganização das práticas de trabalho e melhor comprometimento da equipe para com essa linha de cuidado.

No decorrer da intervenção foram acompanhados 314 usuários idosos. Durante no primeiro mês foram cadastrados 94 usuários (24,1%), no segundo mês foram 210 usuários (53,8%) e no terceiro mês 314 usuários (80,5%). A figura 1 demonstra esses resultados.

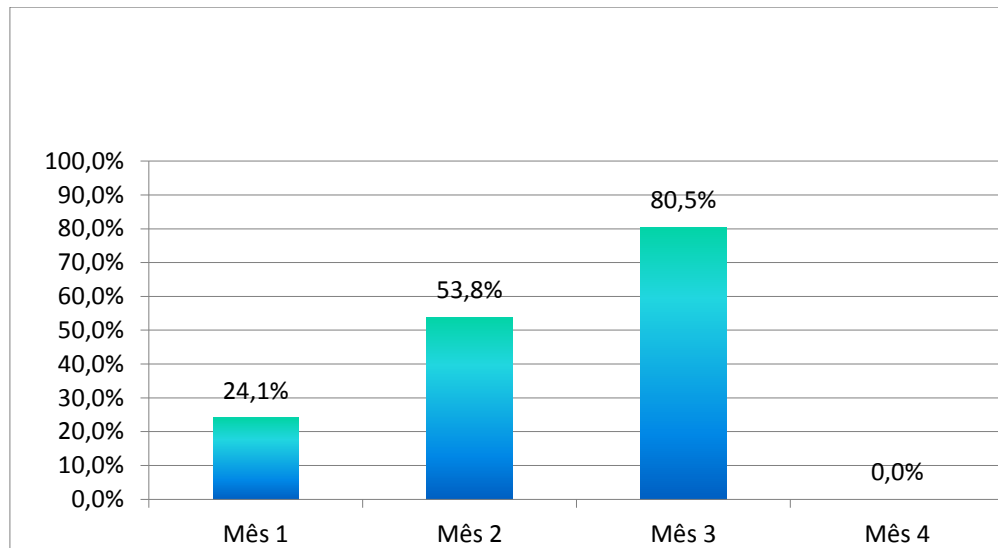


Figura 1 – Gráfico de cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na UBS Cristo Rei, Pedro II, PI, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados do Idoso UNASUS/ UFPEL, 2015.

Através do aumento deste indicador é perceptível à ampliação dos serviços durante a intervenção, o que proporcionou o melhor acompanhamento e cadastramento dos usuários idosos. Além disso, todos os idosos que foram cadastrados no período da intervenção receberam ações para a melhoria do cuidado, ou seja, receberam a avaliação multidimensional rápida, assim como a totalidade dos idosos assistidos recebeu o exame clínico apropriado, alcançando a meta pactuada de 100%.

Todos nossos usuários idosos hipertensos e/ou diabéticos tiveram garantido a solicitação de exames complementares em dia. Em relação a priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular, no primeiro mês dos 94 usuários avaliados, tivemos 74 (78,7%) com prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada. No segundo mês, dos 210 usuários, 154 (72,4%) tinham essa prescrição e no terceiro mês dos 314 usuários avaliados, 210 (66,9%). Assim sendo, não foi possível alcançar a meta pactuada. Diversas ações foram realizadas para que pudessemos alcançar a meta proposta, tais como manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde, assim como orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e

possíveis alternativas para obter este acesso. Entretanto, alguns usuários não conseguem controlar suas enfermidades com as medicações da Farmácia Popular e requerem de outros medicamentos para tal.

Os 100 % dos idosos com problemas de locomoção o acamados receberam visitas domiciliares e essa meta só foi possível ser alcançada graças ao trabalho realizado pelos ACS na identificação e cadastramento desses idosos e também devido a disponibilização pela gestão do veículo para a realização das visitas, fato que agradecemos pelo apoio prestado. Assim sendo, esse resultado faz com que a equipe tenha o total conhecimento dos usuários que apresentam uma condição especial de saúde que requer cuidados especiais, fazendo com que se cumpra com o princípio da equidade do SUS.

Todos os usuários foram rastreados para HAS. Isso só foi possível porque garantimos o material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos) na unidade de saúde e capacitamos a equipe para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito. Também rastreamos 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mm Hg para DM.

Os registros dos dados para o planejamento das ações são essenciais para avaliarmos as necessidades e a realidade da população no que diz respeito às condições de saúde. Para nossa intervenção obter estes dados atualizados não foi tarefa fácil, pois muitos dos prontuários e fichas utilizadas estavam incompletos. Mas durante a intervenção conseguimos melhorar nesse sentido e nos três meses da intervenção todos os idosos tiveram os registros realizados em dia em cada ficha espelho, assim como todos os usuários avaliados receberam a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, o que contribui para o controle da saúde desses usuários.

Durante o decorrer desta intervenção todos os usuários acompanhados receberam a avaliação da necessidade de atendimento odontológico, mas nem todos tiveram a primeira consulta odontológica. Apesar de muito esforço da equipe, a meta de 100% não pode ser alcançada devido ao fato de alguns idosos não quererem realizar o atendimento, alegando diferentes razões.

Graças ao trabalho excelente realizado pelos ACS e o comprometimento deles para com a intervenção, não tivemos usuários faltosos nos três meses da intervenção. Dessa forma, não foi necessário realizar as buscas, pois não tivemos faltosos. Os 100 % dos usuários acompanhados foram avaliados para o risco de morbimortalidade e investigados quanto aos fatores de fragilização da velhice, assim como a avaliação da rede social .

A educação em saúde foi constante nas consultas, nos grupos de idosos, nos encontros com as comunidades, enfim, durante o dia a dia do desenvolvimento deste trabalho todos estes usuários foram orientados sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, e a importância da higiene bucal. No início do desenvolvimento da intervenção percebemos que nossa população alvo não tinha os conhecimentos e as ferramentas educacionais necessárias para ter uma alimentação saudável. Então a equipe planejou e realizou palestras, encontros e atividades educacionais desenvolvendo um trabalho focado em educar a todos com o intuito de controlar suas doenças e na prevenção de complicações.

A equipe desenvolveu um programa de atividades educativas em relação a essa meta, com o apoio do fisioterapeuta. Além disso, orientamos a toda população alvo sobre quais eram as atividades físicas que os idosos deveriam desenvolver, como caminhadas, dançar e exercícios aeróbicos. Durante a intervenção a equipe educou a população alvo em relação à importância de cuidar sua saúde bucal e sobre as medidas a ter presentes para manter uma excelente higiene bucal, assim como ofereceu atividades educativas e palestras importantes e necessárias sobre todos aqueles fatores de risco que afetam a saúde bucal de forma geral, além da limpeza das próteses.

Enfrentamos algumas dificuldades, muitas delas vencidas no caminho do decorrer de nossa intervenção. Um aspecto que seria muito bom assinalar como êxito da gestão para com a intervenção foi à quantidade de vagas que foram ofertadas para a coleta e realização de exames laboratoriais para estes usuários.

São visíveis as melhorias em relação à atenção a saúde dos idosos e para utilizarmos a mesma metodologia em outras ações programáticas é essencial seu apoio. Agradecemos a atenção da gestão, e que esta intervenção sirva de ajuda

para melhorar a atenção aos usuários do programa de atenção à saúde dos idosos em outras UBS do município.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Os profissionais da UBS Cristo Rei, em Pedro II, Piauí, realizaram uma intervenção na área de abrangência, tendo como população alvo os idosos, ou seja, pessoas com 60 anos ou mais. Este trabalho teve como objetivo geral proporcionar melhorias nas condições de saúde dos idosos cadastrados na UBS Cristo Rei, realizando a reorganização da atenção à saúde dos mesmos. A intervenção estava programada para acontecer em 16 semanas, mas por motivos inerentes ao curso de especialização e devido as férias prolongadas e dificuldades de retorno dos alunos estrangeiros, as ações tiveram que ser reprogramadas para que pudessem acontecer em 12 semanas. Desse modo, as atividades se iniciaram em 1 de abril e finalizaram em 30 de junho do ano de 2015.

Vocês, usuários da UBS Cristo Rei, foram protagonistas dessa intervenção, sendo que muitos participaram das atividades desenvolvidas e, por esse motivo queremos compartilhar com todas as ações realizadas e os resultados obtidos através dessa intervenção.

Todas as ações que realizamos foram planejadas e seguidas por um cronograma para melhorar a qualidade dos atendimentos oferecidos a vocês, assim como, elevar o nível de conhecimento sobre os aspectos mais importantes e relevantes em relação ao controle e acompanhamento dos idosos. Realizamos atividades de promoção da saúde e prevenção de complicações com o intuito de diminuir os índices de morbimortalidade e proporcionar melhor qualidade de vida a essa população.

As ações que realizamos durante essa intervenção foram muito bem planejadas em quatro eixos previamente determinados, que são:

- O eixo de monitoramento e avaliação: que são todas as ações que realizamos para registrar e acompanhar os idosos, com o intuito de melhorar a coleta de dados e promover um melhor planejamento no futuro.

- O eixo de organização e gestão do serviço: dentre as ações importantes desse eixo que podemos citar foi a organizamos a agenda, programamos o acolhimento para os usuários que não estavam com consultas agendadas, assim como, marcamos e programamos as consultas de retorno para sua avaliação final. Também organizamos todo o processo de trabalho, as buscas ativa, as atividades preventivas e de promoção de saúde.

- O eixo de engajamento público: esse foi o eixo em que vocês, membros da comunidade, puderam participar com maior afinco. Nessas ações oportunizamos encontros nos grupos, onde muitas dúvidas foram esclarecidas, trocamos ideias, incentivamos o auto cuidado através de palestras educativas, divulgamos a intervenção e explicamos aos usuários as atividades que seriam desenvolvidas.

- O eixo de qualificação da prática clínica: essas ações proporcionaram que todos os profissionais fossem capacitados sobre diversos temas que compõem o protocolo do Ministério da Saúde sobre a saúde do idoso. Por meio das capacitações e treinamento dos profissionais de saúde os usuários ganham em termos de qualidade no atendimento, visto que as atividades realizadas ganham respaldo científico.

Nossa comunidade tem uma população geral de 3.688 pessoas, sendo que foram acompanhados nestas 12 semanas de intervenção 314 usuários idosos, representando uma cobertura de 80%. O que é um resultado muito bom, visto que a saúde dos idosos não era uma linha de cuidado priorizada antes dessa intervenção e essa é uma população que requer cuidados especiais em saúde, além de ser prioritária para a ESF. Todos os 314 idosos foram submetidos a atividades de prevenção e educação em saúde e a maioria deles teve melhor qualidade nos atendimentos realizados pela equipe, com prescrição de exames, monitoramento da hipertensão e diabetes e realização da avaliação multidimensional.

A intervenção proporcionou a realização de atividades dentro da UBS e nas comunidades. Nas atividades de promoção da saúde oferecemos palestras, encontros e conversas com todos vocês, usuários, assim sendo, os demais usuários que não se encontravam na linha de cuidado dos idosos, também puderam se beneficiar das atividades educativas em saúde, o que é um ganho para todos.

Um aspecto que seria muito bom sinalar como um êxito nos atendimentos oferecidos a vocês foi à quantidade de vagas que foram ofertadas para a coleta e

realização de exames laboratoriais, assim como, o vínculo que a gestão municipal, a equipe e a comunidade tiveram no desenvolvimento da intervenção.

Para que consigamos continuar avançando na melhoria da saúde é muito importante à participação e colaboração de vocês, ajudando a divulgar na comunidade, junto ao Conselho Local de Saúde, o prosseguimento da intervenção. É muito importante também que os usuários continuem com seus acompanhamentos e ensinem a nova geração o que aprenderam, para assim todos juntos cuidar de nossa saúde. A intervenção já está incorporada a rotina de serviços da UBS e continuará daqui em diante. Contamos com o apoio de vocês para melhorar os indicadores de saúde relacionados os idosos e também os demais indicadores, visto que pretendemos utilizar a experiência adquirida com essa intervenção para outras linhas de cuidado, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida de nossa comunidade.

Obrigado pela participação!

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Quando cheguei aqui no Brasil não tinha experiência alguma sobre esta modalidade de ensino e aprendizagem a distância e graças a este curso de especialização em saúde da família tive a grande oportunidade de desenvolver uma experiência única em minha unidade de saúde. Agora, finalizando as atividades, posso dizer que adquiri uma nova forma de estudo. Além disso, tive a enorme e gratificante experiência de ter sido orientada e ajudada por uma professora capacitada profissionalmente e com uma ótima qualidade no ensino, com muita paciência e habilidade para conseguir com que eu estivesse sempre disposta a continuar com o desenvolvimento da especialização. Sempre estive pronta para ajudar e corrigir os erros na língua portuguesa, assim como os erros de conhecimento, com muito amor, dedicação, profissionalismo, sempre ensinando, aconselhando e fazendo um enorme esforço para que nada atrapalhasse o desenvolvimento de nossa especialização, apagando todas as adversidades e dificuldades encontradas.

Apreendi a participar dos importantes e movimentados fóruns com os outros colegas do curso e os orientadores, debatendo as dúvidas e compartilhando nossas experiências no dia a dia em nosso trabalho na UBS aqui no Brasil. Gostei muito dos casos clínicos interativos, os quais são outra forma de aprendizagem nova para mim, fazendo referência à doenças e problemas de saúde frequentes em nossos usuários, assim como, investigações científicas e conhecimentos sobre as enfermidades, sendo muitas destas informações bem atualizadas e pertinentes. Também não posso deixar de falar que o curso também melhorou muito nossos conhecimentos sobre a informática e a navegação pela internet.

Muitas dificuldades foram encontradas e enfrentadas durante este longo caminho percorrido, mas nunca faltou a vontade de vencê-las. Foi assim que o curso

cumpriu com 100% das minhas expectativas! Os desafios que enfrentei possibilitaram aprendizagens únicas e fizeram com que eu acreditasse que sempre há uma alternativa para mudar e melhorar a saúde de um povo que, no meu caso, foi por meio da intervenção realizada.

Assim sendo, com a intervenção houve maior organização e engajamento da equipe de saúde, assim como, também houve uma grande e perceptível melhoria na qualidade dos atendimentos oferecidos a nossos usuários. A equipe ficou mais unida, alegre e encontra-se trabalhando com melhor qualidade no desenvolvimento de ações de promoção e prevenção de doenças preveníveis.

Toda a nossa equipe gostou muito deste curso e da intervenção, pois graças a eles conhecemos e aprofundamos os protocolos preconizados e estabelecidos pelo Ministério de Saúde vigentes na atenção básica, assim como conseguimos conhecer a verdadeira realidade de nossa comunidade, seus costumes, culturas, para assim poder fazer modificações em seu estilo de vida, com o objetivo de melhorar sua saúde, possibilitando ficar mais perto deles e interagir junto com a comunidade no dia a dia.

O curso proporcionou a possibilidade de conhecer as ferramentas necessárias para identificar os problemas de saúde que afetam a população de idosos de minha área de abrangência e atualizar nossos conhecimentos clínicos e práticos sobre atenção básica do Brasil para assim poder atingir o impacto desejado na comunidade. Além disso, nos possibilitou o desenvolvimento da intervenção de uma forma organizada, planejada com a possibilidade de cadastrar e avaliar todos nossos usuários do programa de atenção à saúde dos idosos, monitorando todos eles durante suas consultas regulares e contribuindo para que possamos fazer saúde embasada na realidade das comunidades e de suas necessidades sentidas e prioritárias. Nesse momento estamos mais preparados para identificar os problemas de saúde e podemos traçar e planejar estratégias objetivas de trabalho para dar soluções adequadas e duradoras.

A intervenção nos ensinou que para realizar uma abordagem eficaz em uma comunidade precisamos trabalhar nos eixos de monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Trabalhando assim podemos realizar um diagnóstico integral, com uma base

epidemiológica-científica que nos permita atingir metas e objetivos reais em função de oferecer atendimentos e acompanhamentos de qualidade a todos nossos usuários, com a finalidade de melhorar a saúde do povo brasileiro, que é nosso principal objetivo.

Referências

MACHADO, L. et al. Texto básico de saúde. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/.../atencao_saude_pessoa_idosa.>. Acesso em: 01/12/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica: Envelhecimento e saúde da pessoa idosa, n. 19, 2007. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad19.pdf>>. Acesso em: 04/10/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. Cadernos de atenção Básica: Hipertensão Arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM), n.7, 2001. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/...../caderno_ab/abcad15.pdf>. Acesso em: 04/10/2015.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo B - Planilha de coleta de dados

Miniam planilha final [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel

Arquivo | Página Inicial | Inserir | Layout da Página | Fórmulas | Dados | Revisão | Exibição

Calibri | 11 | A⁺ A⁻ | Quebrar Texto Automaticamente | % 000 | +0,00 -0,00 | Formatação Condicional | Formatar como Tabela | Estilos de Célula | Inserir | Excluir | Formatar | Células | AutoSoma | Preencher | Limpar | Classificar e Filtrar | Localizar e Selecionar | Edição

Área de Trans... | Fonte | Alinhamento | Número

E15 | 34

1 Digite apenas nas células em VERDE.

2

3

4

Número total de idosos (adultos de 60 ou mais anos de idade) residentes na área	390
---	-----

5

6

7

8

	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
Número total de idosos residentes na área e <u>acompanhados</u> no programa de Saúde do Idoso	94	210	314	

9

10

11

12

13

14

	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
Número total de idosos residentes na área que estão acamados	13	29	34	

15

16

17

18

19

20

*Estimativa de idosos no território

População total	3688
-----------------	------

21

Dados da UBS | Mês 1 | Mês 2 | Mês 3 | Mês 4 | Indicadores

Pronto

PT 15:47 15/08/2015

OBSERVAÇÕES
Considere apenas os idosos residentes na área de abrangência da unidade de saúde. Você pode obter este dado do cadastramento do SIAB ou, se não puder obter este dado diretamente, pode usar uma estimativa - ver observações para a célula C20.

OBSERVAÇÕES
Considere apenas os idosos residentes na área de abrangência da unidade de saúde que frequentam o Programa de Saúde do Idoso. Você pode obter este dado contando as fichas do Programa / fichas espelho / fichas sombra. Se você não tem um Programa de Saúde do Idoso instalado em sua unidade de saúde, considere os idosos que são atendidos em sua unidade de saúde. Você pode localizar estes idosos a partir das Fichas de Atendimento Ambulatorial (FAA) ou Livro de registro dos atendimentos da unidade de saúde.

Digite aqui o número de idosos acamados ou com dificuldade de locomoção de acordo com sua realidade. Se não souber, pode usar uma estimativa, um número aproximado, obtido abaixo, na célula C25. Se usar esta estimativa,

Digite a população total nesta célula de acordo com sua realidade e a estimativa de idosos será calculada automaticamente e mostrada na célula C22. Utilize este número se você não dispõe de dados cadastrais. Lembre-se que você precisa de um denominador (real ou estimado) para o cálculo dos indicadores.

Miniam planilha final [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel

Arquivo | Página Inicial | Inserir | Layout da Página | Fórmulas | Dados | Revisão | Exibição

Calibri | 11 | A⁺ A⁻ | Quebrar Texto Automaticamente | % 000 | +0,00 -0,00 | Formatação Condicional | Formatar como Tabela | Estilos de Célula | Inserir | Excluir | Formatar | Células | AutoSoma | Preencher | Limpar | Classificar e Filtrar | Localizar e Selecionar | Edição

Área de Trans... | Fonte | Alinhamento | Número

X205 | 1

1 Indicadores de Saúde do Idoso - Mês 2

Dados para coleta	Número do idoso	Nome do idoso	O idoso está com avaliação para fragilização na velhice em dia?	O idoso está com avaliação de rede social em dia?	O idoso está com avaliação de risco para a saúde bucal em dia?	O idoso recebeu orientação nutricional para hábitos saudáveis?	O idoso recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O idoso está com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de idosos cadastrados	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	150	Rosa Maria de Jesus	1	1	0	1	1	1
	151	Jesuino Cardoso de Macedo	1	1	0	1	1	1
	152	Maria de Sousa Costa	1	1	0	1	1	1
	153	Francisco Elias da Silva	1	1	1	1	1	1
	154	Jose Alves de Araujo	1	1	1	1	1	1
	155	Raimundo Pedro dos Santos	1	1	1	1	1	1
	156	Francisca Lima do Nascimento	1	1	1	1	1	1
	157	Erasmio Teixeira de Sousa	1	1	1	1	1	1
	158	Ozita Rodrigues de Sousa	1	1	1	1	1	1

2

3

153

154

155

156

157

158

159

160

161

Dados da UBS | Mês 1 | Mês 2 | Mês 3 | Mês 4 | Indicadores

Pronto

PT 15:47 15/08/2015

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:

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

Assinatura do declarante