

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma nº 7



Trabalho de Conclusão de Curso

Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na ESF 1, Hulha Negra/RS

Henia Mederos Ramos

Pelotas, 2015

Henia Mederos Ramos

Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na ESF 1, Hulha Negra/RS

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

Orientadora: Andressa Hoffmann Pinto

Co-orientadora: Gabriela Studzinski

Pelotas, 2015

**Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação**

R175m Ramos, Henia Mederos

Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na ESF 1, Hulha Negra/RS / Henia Mederos Ramos; Andressa Hoffmann Pinto, orientador(a); Gabriela Studzinski, coorientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

104 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. Pinto, Andressa Hoffmann, orient. II. Studzinski, Gabriela, coorient. III. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho a minha filha e meu esposo pelo amor, apoio e compreensão. Aos meus pais, que foram um exemplo de educação para mim. Apesar da distancia sempre ficam em meu coração.

Agradecimentos

Primeiro agradeço as orientadoras Andressa e Gabriela, que acompanharam tudo o processo durante a Especialização UNASUS UFPEL, pela paciência e por sua dedicação, por todo o tempo de seu descanso dedicado ler e corrigir minhas anotações.

À colega Cubana Ester Magali Perez Curbelo do Programa Mais Médicos para o Brasil.

As Agentes comunitárias de saúde Magda Geovana Taborda e Nilda Zeferina Dutra Ritta.

A toda minha Equipe de Saúde da ESF 1 de Hulha Negra.

A minha comunidade de Hulha Negra, pela participação no andamento da intervenção.

Em geral a todo o povo Brasileiro por sua solidariedade e amor dedicado.

Minha gratidão a todos.

Saber envelhecer é uma obra mestre da sabedoria, e uma das partes mais difíceis da grande arte de viver.

Henri Frédéric Amiel.

Resumo

RAMOS, Henia Mederos. **Melhoria da Atenção Á Saúde do Idoso na ESF 1, Hulha Negra/RS**. 2015. 103f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A longevidade é sem dúvida um triunfo da humanidade. No entanto, existem importantes diferenças entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento. Enquanto, nos primeiros, o envelhecimento ocorreu associado às melhorias nas condições gerais de vida, nos outros, esse processo acontece de forma rápida, sem tempo para uma reorganização o social e da área de saúde adequada para atender às novas demandas emergentes. O programa de atenção á saúde da pessoa idosa não estava implementada na ESF do Município. Pactuamos que a intervenção iniciaria do zero para a melhoria do cuidado aos idosos e para inserir a equipe em todo o processo. Verificamos que faltavam idosos a serem cadastrados, não tínhamos registros, e os que tínhamos eram muito frágeis. Começamos a realizar a análise com os dados disponíveis na unidade de saúde, que apesar de serem escassos, nos serviu para obter dados dos prontuários, tais como o número de Idosos com Hipertensão Arterial descompensada, Diabetes Mellitus descompensada e alguns idosos com diabetes sem diagnóstico, outro grande número de idosos com obesidade, outros com fatores de riscos para doença cardiovascular e Cerebrovascular. Falta de orientação dos familiares e cuidadores enquanto aos cuidados de idosos acamados o com problemas de locomoção. Tudo isto demonstra que falta muito por fazer para lograr os nossos objetivos. Os maus hábitos alimentares, falta de cultura sanitária, a não prática de exercícios físicos e muitos com estilos de vida sedentários o qual repercute no alto índice de estas doenças crônicas.Frente a isto a intervenção teve como objetivo melhorar a saúde das pessoas idosas, com inicio no mês de Abril ate o mês de junho com duração de 12 semanas. As ações foram realizadas em quatro eixos pedagógicos: monitoramento e avaliação, engajamento público, organização e gestão e qualificação da prática clínica. A meta era cadastrar 80% dos idosos e atingimos 292 (43,8%) dos idosos cadastrados. Quanto à qualidade do cuidado foi realizado aos 292(100%) idosos atendidos o exame clínico apropriado em dia, prescrição de exames complementares, avaliação multidimensional rápida em dia, aferição da Pressão Arterial e rastreando entre eles os hipertensos e com diabetes Mellitus. Cadastramos 100% dos acamados e terminamos com a realização de visitas domiciliares a 100% daqueles acamados e com problemas de locomoção. Todos os faltosos tiveram a busca ativa pelas ACS. Fizemos os registros de todos os atendimentos na ficha espelho e prontuários. Tivemos 121 (94,5%) dos idosos cadastrados com avaliação odontológica. Realizamos atividades de promoção de saúde de forma individual e coletiva tratando temas de educação nutricional, neste aspecto com a dificuldade de não ter nutricionista, mas hoje é de conhecimento na gestão do município disponibilizar este profissional para apoiar a equipe assim como providenciar um professor de Educação Física para incentivar a realização de exercícios físicos em nossa comunidade. Acredito que fomos a querer fazer e nos motivamos para lograr mudanças com a vontade de trabalhar e consolidar nosso trabalho no SUS Brasileiro.

Palavras Chaves: Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Saúde do Idoso; Assistência Domiciliar; Saúde Bucal.

Lista de Figuras

Figura 1	Fotografia da unidade móvel.....	15
Figura 2	Estimativas do Caderno de Ações Programáticas	16
Figura 3	Fotografia do Atendimento integral na unidade de saúde.....	65
Figura 4	Fotografia de monitoramento no preenchimento da ficha espelho.....	65
Figura 5	Fotografia do Atendimento médico no posto de saúde.....	66
Figura 6	Fotografia da caderneta de saúde da pessoa idosa.....	67
Figura 7	Fotografia de materiais utilizados.....	67
Figura 8	Fotografia de acolhimento na sala de espera CAIS.....	68
Figura 9	Fotografia de palestra na sala de espera CAIS	68
Figura 10	Fotografia de visita domiciliar.....	70
Figura 11	Fotografia atividade com idosos na prática de exercícios físicos.....	70
Figura 12	Fotografia atendimento odontológico de idosos.....	73
Figura 13	Gráfico Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso. ESF 1 Hulha Negra /RS.2015.....	76
Figura 14	Gráfico Proporção de Idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada. ESF 1 Hulha Negra/RS- RS.2015	78
Figura 15	Gráfico Proporção de Idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita Domiciliar. ESF1 Hulha Negra- RS.2015.....	79
Figura 16	Gráfico Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. ESF 1- Hulha Negra/RS- 2015.....	81

Figura 17	Gráfico Proporção de Idosos com primeira consulta odontológica programática. ESF 1 Hulha Negra/RS.2015.....	82
Figura 18	Gráfico Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia. ESF 1-Hulha Negra/RS-2015.....	84
Figura 19	Gráfico Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia. ESF 1-Hulha Negra/RS-2015.....	85

...

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário da Saúde
ACV	Acidente Cérebro Vascular
CAP	Cadernos das Ações Programáticas
CAIS	Centro de Atenção Integral à Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia da Saúde da Família
ESF	Estratégia da Saúde da Família
ECG	Eletrocardiograma
QUE	Exame Qualitativo de Urina
HDL	Lipoproteínas de Alta Densidade
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HPV	Vírus Papiloma Humano
HGT	Hemogluco Teste
LDL	Lipoproteínas de Baixa Densidade
MS	Ministério de Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PA	Pressão Arterial
PNH	Política Nacional de Humanização
PMM	Programa Mais Médicos
RS	Rio Grande do Sul
SUS	Sistema Único de Saúde
SISPRENATAL	Sistema de Informação do Pré-natal

SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
TSH	Hormona Estimulante da Tiróide
TCC	Trabalho de Conclusão do Curso
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
VIH	Vírus de Imunodeficiência Humana

Sumário

Apresentação	13
1 Análise Situacional	14
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	14
1.2 Relatório da Análise Situacional	15
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	24
2 Análise Estratégica	25
2.1 Justificativa	25
2.2 Objetivos e metas	27
2.2.1 Objetivo geral	27
2.2.2 Objetivos específicos e metas	27
2.3 Metodologia	29
2.3.1 Detalhamento das ações	29
2.3.2 Indicadores	50
2.3.3 Logística	55
2.3.4 Cronograma.....	60
3 Relatório da Intervenção.....	63
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	63
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	73
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	73
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	73
4 Avaliação da intervenção.....	75
4.1 Resultados.....	75
4.2 Discussão	86
5 Relatório da intervenção para gestores	90
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	93
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	95
Referências	97
Anexos	98

Apresentação

Este é um trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da família, na modalidade a distância proposto pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), em parceria com a Universidade Aberta do SUS (UNASUS), no qual desenvolvemos uma intervenção na ESF 1 Hulha Negra, RS que foi realizada no período compreendido de Abril a Junho de 2015 para melhorar a atenção à saúde do idosos.

Este trabalho está dividido em sete capítulos:

Capítulo 1: Análise Situacional, que compreendeu reconhecimento da UBS através da estrutura, processo e resultados.

Capítulo 2: Análise Estratégica. Foi realizado projeto de intervenção no foco da atenção à saúde do idoso.

Capítulo 3: Relatório da Intervenção, onde evidencia as ações realizadas e não realizadas e dificuldades encontradas, bem como, a incorporação da intervenção na rotina da UBS.

Capítulo 4: Avaliação da Intervenção contempla resultados e discussão.

Capítulo 5: Relatório para o gestor que fez um breve relato da intervenção.

Capítulo 6: Relatório para a comunidade, conta como a intervenção aconteceu e o impacto na saúde dos idosos.

Capítulo 7: Reflexão do Processo de aprendizagem, os ganhos do curso para a especializanda.

1 Análise Situacional

1.1 Textos iniciais sobre a situação da ESF/APS

Eu sou médica de Posto de Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município Hulha Negra, estado Rio Grande do Sul (RS). Este posto possui duas equipes de saúde composto por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma recepcionista, um auxiliar de farmácia, uma Odontologia, uma auxiliar de serviços gerais e cinco ACS (Agente Comunitário de Saúde), equipe de NASF e demais apoios.

Atendemos uma área bastante extensa numa população aproximada de 6.000 pessoas onde contém 26 assentamentos. O acolhimento é feito por todaa equipe, temos pacientes agendados e a livre demanda. Fazemos puericultura, pré-natal e clínica, se necessário encaminhamos os pacientes para os profissionais especialistas do SUS. Também fica no posto de saúde uma equipe de atenção individual.

No posto os pacientes passam por uma triagem, medem pressão, peso, glicemia e temperatura. Toda segunda-feira é marcada a consulta para a semana. Todo atendimento segue as orientações do protocolo do SUS (Sistema Único de Saúde) - cadernos de atenção básica.

Todas as medicações podem ser retiradas no próprio posto de saúde com a receita válida por 6 meses, quando o medicamento for para doenças crônicas: os hipertensos e os diabéticos têm carteirinha e programação de consultas de acompanhamento.

Realizamos ações preventivas e orientações freqüentes, explicações sobre a importância da adequada higiene corporal e depois da diurese e defecação.

As próximas atividades são: atividade de orientação do tratamento e prevenção das complicações nos grupos de riscos dos hipertensos e diabéticos em educação para a saúde.

1.2 Relatórios da Análise Situacional

Eu sou médica e trabalho na ESF 1 do CAIS no município de Hulha Negra (HN), estado Rio Grande do Sul (RS). O sistema de saúde do Município está composto por um CAIS com duas ESF, com uma equipe de saúde cada uma, uma delas brinda atendimentos no mesmo local do CAIS (ESF 2) e outra que trabalha de forma itinerante em uma unidade móvel pelos assentamentos rurais (ESF 1) na que eu atuo. A UBS está em processo de construção na área rural.

Possui duas equipes de Saúde da Família composta cada uma, por um médico um do Programa Mais Médicos (PMM) e um do município, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma recepcionista, um odontólogo, uma auxiliar de serviços gerais e cinco ACS. Na equipe que atuo há três, um auxiliar de farmácia.

O atendimento à população ocorre em dois turnos de 8 as 12.00 h e das 13 às 17.00 h, carga horária estabelecida é cumprida por todos os membros da equipe.

Atendemos uma área bem extensa, com população aproximada de 6.000 pessoas, em 26 assentamentos de população que começaram como Movimentos sem Terra, atualmente legalizados pelo governo. Cada equipe atende 3.000 habitantes. Temos uma unidade móvel para os atendimentos nas comunidades mais distantes da cidade, onde a equipe se desloca alguns dias da semana.



Figura1: Unidade Móvel de atendimento. ESF 1 Hulha Negra.RS.2015

Não contamos com disponibilidade de atenção especializada, se necessário encaminhamos os usuários para os profissionais especialistas do SUS fora do

município para o município de Bagé, Rio Grande é Porto Alegre. Também não temos disponibilidade de serviço hospitalar, só há leitos de observação. Os usuários que precisam de atendimento de urgência ou internação hospitalar são encaminhados para o município de Bagé. A disponibilidade de exames complementares funciona mediante convênio feito pela secretaria de saúde do município, a coleta das mostras é realizada no laboratório da Hulha e processados no laboratório Bioanálisis locado no município de Bagé. Não existe vínculo com as instituições de ensino. Em relação à estrutura física do CAIS de maneira geral não considero positiva nem negativa que atrapalhe o desenvolvimento do meu trabalho, já que a população reconhece esse serviço como uma unidade hospitalar com pronto atendimento, Unidade de pronto atendimento (UPA). As estratégias que poderão ser utilizadas para superar ou minimizar esta deficiência depende em grande medida de autoridades como prefeitura e secretaria municipal de saúde. Eles devem demonstrar intenção de modificar ou separar esta estrutura que impede o funcionamento adequado do planejamento para atenção de saúde família acabando por se caracterizar por atendimentos de demanda espontânea. Tem uma sala de espera compartilhada para ambos os serviços, um corredor lateral em que a equipe de ESF trabalha. Tem-se um consultório médico, um consultório ginecológico sem banheiro exclusivo, uma sala de enfermagem, uma sala de vacinas e dois consultórios odontológicos, a recepção é comum para toda a unidade, dois banheiros para usuários e um banheiro para funcionários.

Em relação às atribuições dos profissionais das equipes a participação e a autonomia dos membros são importantes na solução de problemas concretos no contexto em que atuamos. Pois, desse modo às ações permitem a visibilidade das atividades da equipe da Saúde da Família e seu protagonismo na geração de mudanças na equipe. O objetivo dos profissionais vinculados à estratégia de saúde da família é promover a capacidade de gestão e de organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde e Saúde da Família, a qualificação da prática clínica, a institucionalização da avaliação e monitoramento em saúde, o exercício da cidadania e a participação social, acredito que são as soluções para nossos problemas na saúde. Mesmo assim minhas expectativas sobre a saúde da família é alentador para com o povo do Brasil, aquelas comunidades que não tem recursos, que não tem dinheiro para transportar-se desde longe aos hospitais, podem ser atendidas no posto, além disso, nós temos a oportunidade de cumprir com o dever

de promoção, prevenção, cura e reabilitação das doenças, acompanhamento e tratamento diferenciado. Nossa proposta é que a partir de esta avaliação das estruturas inadequadas do posto de saúde por ser estes lugares adaptados se projete uma proposta para melhorar estas dificuldades e ter uma melhor área de trabalho e oferecer atenção aos usuários com qualidade.

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

Quadro 1 – Distribuição demográfica da ESF 1, Hulha Negra/RS

Denominadores	
Mulheres em idade fértil (10-49 anos)	931
Mulheres entre 25 e 64 anos	826
Mulheres entre 50 e 69 anos	310
Gestantes na área - 1,5% da população total	45
Menores de 1 ano	36
Menores de 5 anos	72
Pessoas de 5 a 14 anos	445
Pessoas de 15 a 59 anos	1965
Pessoas com 60 anos ou mais	411
Pessoas entre 20 e 59 anos	1719
Pessoas com 20 anos ou mais	2130
Pessoas com 20 anos ou mais com Hipertensão	671
Pessoas com 20 anos ou mais com Diabetes	192

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

Em relação à população da área adstrita o número de habitantes na área o perfil demográfico (idade/sexo) da população em minha área de abrangência não está atualizada, A última atualização do cadastro da população da área coberta pela ESF foi em 2012.

Em relação à atenção à demanda espontânea exige muita responsabilidade, o acolhimento no posto é feito pelos membros de nossa equipe desde os ACS, recepcionistas; técnico de enfermagem, enfermeiro e pelo próprio médico; oferecemos uma boa conversa com membros da equipe sobre a responsabilidade profissional que todos precisamos ter. Porque é uma unidade mista com uma estrutura física que impossibilita um bom trabalho, por exemplo, passar muitos casos sem agendamento para o médico é complicado, pois muita consulta em um turno impede que eu avalie o usuário adequadamente. Acredito que esse tipo de

assistência seja pior do que encaminhar os pacientes para Unidade de Pronto Socorro (UPS) ou especializado em outro município. Já que o meu município não tem SAMU e Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Considero que as consultas rápidas gerem muito mais problemas que dar um limite de número de atendimentos, por enquanto ficam agendamentos com hora marcada e demandas espontâneas também são atendidas, as pessoas reclamam, mas não temos outro jeito de trabalhar de forma razoável. Por isso é importante a reunião da equipe para que todos entendam que atendimento médico de qualidade precisa de tempo, e agenda de atendimento sempre tem que ser discutida para não sobrecarregar ao médico porque é o que acontece. É realizada uma avaliação dos sinais vitais, e quando alterados eu (médica) que avalio. Caso o usuário esteja com os sinais estáveis, o mesmo é atendido nas vagas disponíveis do dia ou nas vagas dos usuários faltosos, caso nenhum das opções sejam possíveis, a consulta será marcada para o dia seguinte, conforme agenda. Se as pessoas não podem comparecer por causa da chuva e dificuldades das estradas esta vaga será cedida para outra pessoa que procurar no dia, o horário de tolerância de ônibus de interior é considerado no atraso do paciente. Compreendemos cada usuário caso a caso e humanizamos o cuidado ao dizer que não será atendido no dia e assim evitamos briga com a população, já que o município apresenta uma situação difícil. Os usuários demoram em conhecer esta mudança e pode gerar queixas e dúvidas, mas se todos estiverem convictos que a mudança é para melhorar a qualidade do serviço, garantir o tempo de qualidade para quem está na consulta e para quem precisa ser encaminhado, espero que aos poucos todos vão compreender.

Olhando o caderno de ações programáticas a cobertura de saúde de criança encontrada pela população estimada o total, deveria ser 35 (97 %), mas não há registros de nenhum dado no posto para realizar avaliação.

Posso afirmar que os acompanhamentos das crianças em meu posto começam desde o pré-natal, conforme protocolo, realizaram teste do pezinho até cinco dias, realizaram a primeira consulta de puericultura até 7 dias de vida, realizaram triagem auditiva, foram avaliadas quanto ao crescimento e desenvolvimento, muito importantes as visitas domiciliar antes dos sete dias tanto à mãe quanto ao recém-nascido para avaliar sinais e identifica perigo a saúde da criança e da puérpera. Durante a visita verificamos sinais que chamam atenção sobre evolução da mãe e neonato, também nesta primeira visita domiciliar ao recém-

nascido e a sua família observamos relações familiares, orientamos cuidados ao bebê, posição para dormir, prevenção de doenças respiratórias evitando contato com pessoas doentes, ficar em ambiente ventilado como deve ser feito o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida, profilaxia dos acidentes no domicílio em relação ao RN, dentre outros. A primeira consulta ocorre na primeira semana de vida do recém-nascido, verificamos calendário de vacinas, estimulamos o aleitamento materno exclusivo orientamos o cuidado com o coto umbilical, avaliamos curva de crescimento. É realizado um exame físico geral, regional e por sistemas, incluindo manobras de exploração de reflexos e avaliação neurológica, avaliamos a puérpera quanto a sinais de infecção o que também pode ocorrer como o recém-nascido, condições do nascimento da criança, tipo de parto, Apgar. Oferecemos calendário de consultas programadas, freqüências de consultas por faixa etária, em 1, 2, 4, 6, 9,12 meses, para maiores de um ano também programamos consultas segundo protocolo do Ministério de Saúde próximo aos aniversários, o que se aproveita para vacinar. Indicamos tratamento profilático da anemia com sulfato ferroso, e, além disso, referenciamos ao pediatra aqueles que são identificados como alto risco pediátrico. Devido ao exposto acho que com ajuda dos ACS que também formam parte da equipe de saúde, melhore a qualidade dos atendimentos assim como a informação para cadastramento de nascimentos, para obter uma forma de registro que permita organizar dados estadísticos. Para que assim, possamos ter um arquivo de prontuários organizados por famílias, o que permita o acesso à informação, neste caso não temos outro tipo de registro para saber o número de crianças acompanhadas na UBS. Acredito que esta falta de informação impeça a obtenção de dados fidedignos, e a estratégia para melhorar este problema seria a criação de registro estadístico que permitisse o monitoramento das ações, que já esta em vias de implantação e desta forma registrou os dados das puericulturas.

Considero para contribuir a ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção à saúde da criança ter uma ficha de registro de atendimento odontológico separado do prontuário e uma ficha de atendimento nutricional. Também disponibilizar um arquivo específico para os registros dos atendimentos da puericultura.

Sensibilizar as mães a participar do grupo para aumentar a participação nas atividades educativas, aproveitando o momento antes da consulta de puericultura para fazer promoção e prevenção em saúde da criança.

A cobertura ao pré-natal é baixa, pois acredito que para termos êxito devemos conhecer toda a população da área de abrangência. No posto em que estou ainda não se tem esses dados atualizados, assim não sei exatamente qual população está adstrita à unidade. Em acordo com os denominadores do Caderno de Ações Programáticas deveria atender 45 gestantes, porém temos em nosso cadastro apenas 20 gestantes (44%). Ou seja, estamos atendendo bem menos do esperado. Quanto aos indicadores de qualidade, destaco o serviço de odontologia, que é uma assistência que devemos insistir, pois as gestantes faltam muito às consultas, talvez por desconhecimento da importância. Assim, devemos estimular o atendimento odontológico a todas as gestantes. No município há disponível um obstetra para o acompanhamento das gestantes de risco. O atendimento à gestante é feito pela enfermeira e pelo médico, esses são feitos em um dia da semana, com consultas programadas. Os protocolos utilizados nessa assistência são protocolos do município, que por sua vez são elaborados e baseados nas diretrizes do Ministério da Saúde. Temos que planejar e atuar mais no período pré-concepcional, para que a mulher no momento que desejar e ao engravidar tenha suas patologias controladas, e corram o menor risco possível, tanto para ela quanto ao seu filho. Para que desse modo, sejam melhorados os indicadores de morte materno-infantil do município. A qualidade dos registros deve melhorar, temos Sistema de informação do pré-natal (SISPRENATAL) carteirinha da gestante, mas não temos registro de atendimentos para o planejamento e monitoramento das ações, devemos criar grupos de gestantes para realizar atividades educativas como maternidade e paternidade consciente e participação do familiar na hora do parto. Apesar de ter uma baixa cobertura à atenção ao pré-natal, à maioria dos indicadores de qualidade foram de 100%. As gestantes de alto risco são encaminhadas ao obstetra do município, geralmente eles continuam o acompanhamento na unidade de saúde. Isto favorece a melhorar a qualidade dos atendimentos.

As consultas puerperais apresentaram cobertura segundo os CAP de 35 (97%). Não há registros de nenhum dado no posto para realizar avaliação.

Em relação à Prevenção do Câncer de Colo de Útero e Controle do Câncer de mama, estamos atendendo bem menos do esperado. Quanto aos indicadores de

qualidade a estimativa de mulheres de 25 a 64 anos e 350 (42%), destaco o serviço de coletas de exames preventivos que é feito com qualidade. Porém, acho que a captação deveria ser mais organizada ou seja, não deve ser por demanda espontânea, é sim uma assistência que devemos insistir, pois as mulheres faltam às consultas talvez por desconhecimento da importância. Assim, temos que fortalecer e ampliar informações sobre câncer de colo de útero ressaltando que se trata de uma doença prevenível, garantindo que todas as mulheres dessa taxa etária sejam cadastradas para fazer promoção, prevenção, tratamento e reabilitação dos casos que precisarem. Estes tipos de ações são programados para serem realizados dois dias na semana em dois turnos, o serviço adota protocolos atualizados segundo Ministério da Saúde. Devemos trabalhar no intuito de estimular o atendimento a todas as mulheres, trabalhar em equipe com aquelas que negam realizar cito patológico e garantir periodicidade de exames aquelas usuárias que realmente sejam necessitem de acompanhamento. Precisamos ter registros dos atendimentos para avaliação e monitoramento para inserir em condutas educativas e terapêuticas. Temos que planejar e atuar mais, para que a mulheres tenham suas patologias identificadas, controladas, e corram o menor risco possível, tanto para ela quanto aos familiares que também sofrem, e desse modo diminuir o índice de mortalidade por câncer no município.

Em relação ao programa de controle do câncer de mama, a cobertura de prevenção é muito baixa, visto que a equipe deveria atender 310 mulheres de 50-69 anos e temos nosso cadastro 160 mulheres, o que corresponde a 52%. Tivemos dois casos de neoplasia registrados, um de câncer de mama e outro de câncer de colo de útero, ambas as usuárias faleceram. Apesar da realização de mamografias ser de 100% temos que recrutar a população alvo, fortalecendo e informando oportunamente sobre esta doença prevenível a mulher realizar o auto-exames de mama mensalmente, a conhecer seu corpo e quais são as mudanças que podem aparecer nas suas mamas e mamilos, como: dor persistente ou secreção anormal e nódulos. Além disso, devemos orientar sobre fatores de riscos como idade usa de tabaco sedentarismo, historia familiar. Trabalharemos mais sobre este programa para realizar diagnóstico precoce de câncer de mama. No município não tem problemas com o seguimento de exames alterados por conta que tem um só posto e todas as usuárias são devidamente orientadas, encaminhadas para outros municípios atenção especializadas e acompanhadas.

A cobertura da atenção à Hipertensão Arterial pela estimativa dos CAP deveria estar cadastrados 671 hipertensos com 20 anos ou mais, na realidade temos 248 usuários cadastrados (37%). Acredito que para ter êxito devemos conhecer toda a população, os dados não estão atualizados, assim não sei exatamente qual população está adstrita à unidade, estamos atendendo bem menos do esperado. Quanto aos indicadores de qualidade, destaco a pesquisa de usuários hipertensos com controle de pressão arterial uma vez por ano de forma organizada e casual, ou seja, não deve ser por demanda espontânea, é uma assistência que devemos fazer em visitas domiciliares ou terreno, pois os usuários faltam muito às consultas, talvez por desconhecimento da importância de controlar a pressão arterial. Devemos fortalecer e ampliar informações sobre fatores de riscos cardiovasculares, ressaltando que é uma doença crônica que exige o uso de medicação de forma contínua e que não se deve parar por conta própria o que é muito perigoso. Esse tipo de atitude pode trazer serias complicações, assim temos que garantir que toda população desta faixa etária seja registrada para que possamos fazer promoção, prevenção e o tratamento dos casos novos. Devemos trabalhar nesse sentido, de estimular o atendimento à hipertensos, trabalhar em equipe multiprofissional com aquelas que precisarem acompanhamento e dar periodicidade das consultas protocolares, indicar exames aqueles que constituem precursores de sinais de complicações de alto risco. Realizamos um grupo de hipertensos/ diabéticos por semana, fazemos palestras, integramos um psicólogo e um professor de educação física, considerando colaboração do professor, pois o município não tem, em conjunto com a enfermeira, técnico de enfermagem e ACS. Os protocolos são do município, que por sua vez são elaborados baseados nas diretrizes do Ministério da saúde. Temos que planejar e atuar mais no período do atual ano, para que a população hipertensa seja identificada, controladas, e tratada com o menor risco possível, e desse modo melhorar os indicadores de doença cardiovascular do município.

A cobertura dos casos de Diabetes Mellitus é adequada segundo estimativas do Caderno de Ações programáticas, deveria atender 192 pacientes diabéticos acima dos 20 anos e temos nosso cadastro 192 usuários o que corresponde a 100%. No último mês 100% dos pacientes diabéticos foram identificados na população alvo, fortalecendo e informando oportunamente sobre esta doença cuidados dos pés, alimentação adequada. Orientamos a prática de exercícios físicos

assim como controle glicêmico mediante glicômetros aqueles casos que são insulinas dependentes, orientaram sobre fatores de riscos como idade, uso do tabaco, sedentarismo, historia familiar entre outras, assim podemos melhorar qualidade de vida dos grupos e atendimentos em população de risco. Não temos registro de pacientes com casos novos, temos que melhorar confecção dos prontuários que registrem dados completos. Referenciamos os usuários a outras especialidades para avaliar casos de complicações freqüentes como retinopatias, nefropatias e neuropatias diabéticas, este deve ter uma contra referencia para retroalimentar-nos sobre evolução do paciente.

Em relação à saúde dos idosos temos registrado 800 usuários com mais de 60 anos, o que supera as estimativas dos Cadernos de Ações Programáticas de 292 (71%), os dados foram disponibilizados pelas ACS eles tem atualizado esses dados, não por numero de prontuários porque muitos deles estão fora do posto médico nas comunidades ou muitos deles não consultam no posto de saúde. Nosso serviço deve adotar um registro específico para monitoramento das ações programadas com este grupo etário, nós criamos um grupo de hipertensos e diabéticos, porém cogita-se a criação de um grupo de idosos exclusivamente, seria interessante, pois existem idosos que não são hipertensos nem diabéticos que também assistem ao grupo como expectadores para trocarem idéias, dúvidas e contam suas experiências e enriquecem seus conhecimentos e o de outros. Temos idosos com participação em grupos que participaram das festas de colonos da localidade, também outros incorporados a estudos de música, muitos deles formam parte de um grupo musical. O envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa forma parte de nosso dia a dia na ESF, tendo como referência que este grupo etário deve ter prioridade, respeito e todo nosso maior empenho para planejar ações de saúde não apenas voltadas às suas doenças, mas também de prevenção e preparo dos idosos e seus familiares ou cuidadores para enfrentar os problemas de saúde. Com uma linguagem acessível, disponibilizar instrumentos e promover no sentido de auxiliar a adoção de condutas mais apropriadas às demandas dessa população, trabalhar em equipe de forma responsável e abordar de forma integral às pessoas idosas em seu processo de envelhecer, cumprir e aplicar as Políticas Nacionais de: Atenção Básica, Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, Promoção da Saúde e Humanização no SUS. O objetivo de nosso trabalho é aumentar o grau de resolutividade assumir as necessidades da população idosa na Atenção Básica. Temos que planejar e atuar mais no período do

atual ano, para que a população idosa seja identificada, controladas, e tratada com o menor risco possível, envelhecer com saúde e nosso objetivo e desse modo melhorar suas expectativas de vida no município.

De maneira geral durante este período os aspectos avaliados nos questionários foram refletidos, abordados e levados à comparação com os cadernos de ações programáticas fico surpresa com os desafios que temos que enfrentar, para conseguir mudanças em função da saúde da população, fiquei com uma visão realmente profunda e abrangente das nossas atividades que temos que enfrentar em equipe, mais com certeza vamos trabalhar com muito esmero a partir de agora.

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

Fazendo uma comparação entre o texto inicial e este relatório, acredito que aprendi muito olhando os cadernos de atenção básica e avaliando o funcionamento da equipe, aprofundi os conhecimentos, que tem grande importância, pois foi o início da caminhada do aprendizado, mas com o preenchimento dos questionários, leitura dos protocolos permitiu enriquecer conhecimentos e socializar metas em conjunto com equipe para melhorar e transformar a saúde da nossa população. Os aspectos do processo de trabalho poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção à população, exemplo: fazer que o SIAB funcione adequadamente, fortalecer o engajamento público, onde todos os atores governamentais, não governamentais, sociais e da comunidade se envolvam e se sintam comprometidos com a saúde da população.

Eu tenho experiência de trabalho em saúde da família com 16 anos de trabalho e gosto muito de fazer parte desta enorme transformação na saúde do povo Brasileiro. Eu sou defensora do Sistema único de Saúde e creio que um dia conseguiremos que a saúde seja um direito de todos e um dever do estado.

2. Análise Estratégica

2.1 Justificativa:

O Brasil envelhece de forma rápida e intensa. Segundo o IBGE, hoje a população idosa brasileira é composta por 23 milhões de pessoas, totalizando 11,8% da população total do país. A expectativa de vida, para ambos os sexos, aumentou para 74 anos, sendo 77,7 anos para a mulher e 70,6 para o homem. Esse crescimento representa uma importante conquista social e resulta da melhoria das condições de vida, com ampliação do acesso a serviços médicos preventivos e curativos, avanço da tecnologia médica, ampliação da cobertura de saneamento básico, aumento da escolaridade e da renda, entre outros determinantes.

A transição demográfica brasileira apresenta características peculiares e demonstra grandes desigualdades sociais no processo de envelhecimento. Esse processo impactou e trouxe mudanças no perfil demográfico e epidemiológico em todo país, produzindo demandas que requerem respostas das políticas sociais, implicando em novas formas de cuidado, em especial aos cuidados prolongados e à atenção domiciliar. Associado a esse quadro, ocorreram mudanças na composição das famílias brasileiras, no papel da mulher no mercado de trabalho, na queda da taxa de fertilidade e na nupcialidade, resultando em novos desafios a serem enfrentados no cuidado à população idosa, dirigidos principalmente às políticas de saúde, da assistência social e da previdência social. (BRASIL, 2014).

O perfil epidemiológico da população idosa é caracterizado pela tripla carga de doenças com forte predomínio das condições crônicas, prevalência de elevada mortalidade e morbidade por condições agudas decorrentes de causas externas e agudizações de condições crônicas. A maioria dos idosos é portadora de doenças ou disfunções orgânicas, mas cabe destacar que esse quadro não significa

necessariamente limitação de suas atividades, restrição da participação social ou do desempenho do seu papel social. (BRASIL, 2014).

Somando-se aos aspectos fisiológicos próprios do processo de envelhecimento e às doenças características da terceira idade, a pessoa idosa está também suscetível no município onde eu atuo eu escolhi este grupo populacional tão importante já que temos fragilidades na atenção das pessoas idosas. Na realidade tenho registrado 800 pessoas acima de 60 anos, em relação à população total do município. Com respeito a minha área adstrita não conheço exatamente quantos idosos tenho. Porque não existe cadastro. Esses dados foram disponibilizados pelas ACS mais não são da minha área de abrangência porque eu atendo toda comunidade rural composta por 26 assentamentos. Com respeito a meta de cobertura do grupo de Idosos que deveriam estar cadastrados na ESF é de 411 e não conheço exatamente quantos tenho, mas na área adstrita são 292 a partir das estimativas dos cadernos de ações programáticas, não sabemos quantos são na realidade.

Em relação à estrutura física onde eu trabalho tem um CAIS com duas ESF e um PA. Esta estrutura impede o funcionamento adequado do planejamento para atenção de saúde familiar acabando por se caracterizar por atendimentos de demanda espontânea. Tem uma sala de espera compartilhada para ambos os serviços, um corredor lateral em que a equipe de ESF trabalha. Tem um consultório médico, uma sala de enfermagem, uma sala de vacinas e dois consultórios odontológicos, a recepção é comum para toda a unidade. Este local fica com dificuldades na estrutura. Temos duas equipes compostas por duas enfermeiras, duas técnicas em enfermagem, dois odontólogos, dois médicos gerais (um do Programa Mais Médicos e outro contratado do município), cinco ACS. A população da área adstrita é de 3000 pessoas. A população alva da minha área adstrita será de 292 idosos. A população alvo atendida pela ESF (cobertura) é de 411. A adesão da população alvo atualmente atendido é considerada de forma positiva em relação aos números de atendimentos diários que são feitos a grande maioria corresponde geralmente aos idosos hipertensos ou diabéticos, além disso, com outras doenças e são devidamente acolhidos e atendidos. Já desenvolvemos ações de promoção de saúde com grupos de idosos com atenção médica e psicológica, oferecemos orientações sobre dieta saudável, prática de exercícios físicos, consumo de medicamentos etc.

A atenção a saúde da pessoa idosa sem dúvidas vai ter uma implementação positiva em nossa população, Também temos em consideração a realidade do envelhecimento populacional. Esta intervenção é importante no contexto da minha população já que há grande demanda de atendimentos, também porque este grupo precisa da melhoria na qualidade dos cuidados tanto deles como seus cuidadores que não é realizado. Precisamos melhorar os registros para a melhoria dos dados para poder realizar com qualidade o planejamento destas ações.

Uma das dificuldades é conseguir aumentar a cobertura de consultas e visitas domiciliares neste grupo etário. Outra dificuldade é como vou organizar meu serviço para garantir acesso de consultas ou visitas domiciliar a todas estas pessoas que tenham sua consulta de avaliação integral em dia, para isto temos que planejar e recadastrar a população, orientar atividade física, nutrição adequada, aumentar saúde bucal, realizar avaliação multidimensional rápida e avalia o risco de morbimortalidade, Mas tenho outras facilidades, disponibilidade de dados aportados pelas ACS. A equipe esta envolvida na proposta da intervenção com vontade de acompanhar e implementar novas atividades .

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo geral:

Melhorar a atenção à saúde do idoso na ESF 1, Hulha Negra/RS

2.2.2 Objetivos específicos e metas:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Meta2.7. Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Meta2.8. Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM).

Meta2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Meta2.10. Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

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

Meta3.1. Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

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

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

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

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

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos

Meta6.1. Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Meta6.2. Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Meta6.3. Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas com os Idosos da área da abrangência do CAIS, município Hulha Negra, RS. Participarão desta intervenção todos os Idosos acima de 60 anos da área de abrangência.

Os protocolos que guiarão a intervenção serão protocolos de Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde e protocolo do município do ano 2013, que por sua vez são elaborados e baseados nas diretrizes do Ministério da Saúde. (BRASIL, 2006)

Serão utilizadas para a coleta de dados a ficha espelho e a planilha de coleta de dados.

2.3.1 Detalhamento das ações

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

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

Ações:

Monitoramento e avaliação

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

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

Organização é gestão do serviço:

Ação: Acolher os idosos.

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

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

Detalhamento: Realizaremos capacitação das ACS na busca dos Idosos que não estão cadastrados.

Ação: Atualizar as informações do SIAB.

Detalhamento: O SIAB será atualizado através do cadastramento da população idosa pelos ACS.

Esclarecer a comunidade sobre existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde assim como a importância dos Idosos realizarem acompanhamento.

Engajamento público.

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

Detalhamento: em todas as consultas o médico irá orientar os idosos e familiares sobre a importância do acompanhamento periódico. Será explicada em conjunto aos grupos da comunidade a importância dos idosos em realizar acompanhamento na unidade de saúde.

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

Detalhamento: A comunidade será informada sobre o programa de atenção à saúde da pessoa idosa através de cartazes fixados no posto de saúde, também mediante a rádio comunitária que serão realizados pela Equipe. Será viável no

contexto do programa em conjunto com os líderes comunitários através de reuniões. A equipe da ESF irá realizar material explicativo sobre o programa para maior informação.

Qualificação da Prática Clínica:

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

Detalhamento: A equipe será capacitada para realizar o acolhimento dos idosos, as ACS para a busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço e a Política Nacional de Humanização será discutida e estudada. Essas atividades ocorrerão durante as reuniões de equipe, sob a coordenação da médica e enfermeira.

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

Detalhamento: Os ACS e demais profissionais da equipe serão capacitados sobre a importância da busca na comunidade dos idosos. Durante reunião de equipe será refletida a importância do acompanhamento no posto de saúde.

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

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

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

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

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

Monitoramento e avaliação

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

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

Organização e gestão do serviço

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

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

Detalhamento: Estes recursos já estão disponíveis na unidade de saúde, a enfermeira realizara o controle.

Engajamento Público

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

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

Detalhamento:A comunidade será informada sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável, serão compartilhadas com os idosos as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social. Iremos orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas e as conseqüências decorrentes destas doenças e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Qualificação da Prática clínica

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

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

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

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

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

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

Monitoramento e avaliação

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

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

Organização e gestão do serviço:

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

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

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

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

Detalhamento: Serão definidas na reunião da equipe as atribuições de cada profissional durante a primeira semana da intervenção. Orientar as ACS sobre busca ativa dos faltosos, faremos agenda com Hipertensos e Diabéticos e será garantida as referencias a pacientes com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades.

Engajamento Público:

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

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

Qualificação da Prática Clínica:

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

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

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

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

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: A médica e enfermeira da equipe serão as responsáveis pelo monitoramento dos idosos que tem exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo, será feito uma vez à semana.

Organização e gestão do serviço:

3.1. Garantir a solicitação dos exames complementares.

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

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

Detalhamento: A médica da equipe solicitara exames complementares aos idosos, e entrará em contato com a gestão municipal para garantir a agilidade dos resultados. Com ajuda de um ressaltador estabeleceremos sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados.

Engajamento Público:

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

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

Detalhamento: Realizaremos palestras na sala de espera em quanto à necessidade da realização dos exames complementares e quanto à periodicidade com que devem ser realizados.

Qualificação da Prática Clínica:

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

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

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

Ação

Monitoramento e avaliação

Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular / Hiperdia.

Detalhamento: Na reunião da equipe realizaremos monitoramento dos medicamentos da Farmácia Popular / Hiperdia, o qual será feito pela enfermeira e técnica em enfermagem.

Organização e gestão do serviço:

Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

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

Detalhamento: Todas as semanas se avaliarão o estoque (incluindo validade) de medicamentos, será incluído nos registros dos pedidos, serão responsável a enfermeira e técnica em enfermagem

Engajamento Público:

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

Detalhamento: Faremos palestras na sala de espera de forma e orientaremos de forma individual os direitos dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso, o qual será responsabilidade da médica da equipe.

Qualificação da Prática Clínica:

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

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

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

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

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

Monitoramento e avaliação

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

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

Organização e gestão do serviço:

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

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

Engajamento Público:

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

Detalhamento: Será informada a população mediante palestras, cartazes e a radio comunitária sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da Unidade de Saúde, será feito pela médica e enfermeira da equipe.

Qualificação da Prática Clínica:

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

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

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

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Em cada semana na reunião da equipe será monitorado a realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção, será responsável a médica da equipe.

Organização e gestão do serviço:

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

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

Engajamento Público:

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

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

Detalhamento: Orientaremos à comunidade sobre a existência da visita domiciliar para aos idosos acamados ou com problemas de locomoção, será feito pela médica e enfermeira da equipe.

Qualificação da Prática Clínica:

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

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

Detalhamento: Realizaremos capacitação aos ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento em visita domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. Será feito pela médica da equipe.

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

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

Monitoramento e avaliação

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

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

Organização e gestão do serviço:

Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS.

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

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

Engajamento Público:

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

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

Detalhamento: Faremos palestras a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos e os fatores de risco para o desenvolvimento de Hipertensão Arterial. Será feito pela médica e enfermeira da equipe.

Qualificação da Prática Clínica:

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

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

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

Ação: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

Monitoramento e avaliação

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

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

Organização e gestão do serviço:

Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM.

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

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

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

Engajamento Público:

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

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

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

Qualificação da Prática Clínica:

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

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

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

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

Monitoramento e avaliação

Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de idosos.

Detalhamento: A médica da equipe será responsável pela avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos, em cada consulta individual.

Organização e gestão do serviço:

Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde.

Cadastrar os idosos na unidade de saúde.

Oferecer atendimento prioritário aos idosos na unidade de saúde.

Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.

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

Engajamento Público:

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

Detalhamento: Realizaremos palestras para informar a população sobre importância de avaliação odontológica para a saúde bucal, será feito pela Odontóloga da equipe.

Qualificação da Prática Clínica:

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

Detalhamento: A odontólogo da equipe será responsável pela capacitação da equipe para avaliação de necessidade de atendimento odontológico nos idosos

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

Ação: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática

Monitoramento e avaliação

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

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

Organização e gestão do serviço:

Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde.

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

Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.

Oferecer atendimento prioritário aos idosos.

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

Engajamento Público:

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

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

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

Detalhamento: A equipe realizará palestras na comunidade sobre a importância do atendimento odontológico prioritário e da importância da higiene bucal, sobre a necessidade da realização de exames bucais e ouvir a comunidade sobre estratégias para captação de idosos para acompanhamento odontológico, será feito pela médica e Odontóloga da equipe.

Qualificação da Prática Clínica:

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

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

Capacitar os ACS para captação de idosos.

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

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

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

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

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

Monitoramento e Avaliação:

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

Detalhamento: Será realizado o monitoramento uma vez por semana pelos agentes comunitários através da visita domiciliar aos idosos faltosos da consulta agendada.

Organização é gestão do serviço:

Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

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

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

Detalhamento: Se realizará um registro controle para garantir a consulta dos idosos faltosos provenientes das buscas, será feito pelo médico da equipe uma vez a semana.

Engajamento público.

Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

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

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

Detalhamento: Realizaremos palestras sobre a importância da realização das consultas, faremos interação com a população para desenhar estratégias com objetivo de diminuir os faltosos à consulta e conversar sobre a periodicidade destas, uma vez ao mês no posto de saúde, será feito por médico e enfermeira da equipe.

Qualificação da Prática Clínica:

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

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

Definir com a equipe a periodicidade das consultas.

Detalhamento: Na reunião da equipe a médica fará capacitação sobre a periodicidade das consultas utilizando o protocolo. Na primeira semana da intervenção.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

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

Monitoramento e Avaliação:

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

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

Organização é gestão do serviço:

Manter as informações do SIAB atualizadas.

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

Pactuar com a equipe o registro das informações.

Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização da Avaliação Multidimensional Rápida e dos demais procedimentos preconizados.

Detalhamento: A enfermeira realizará viciamento das informações do SIAB semanalmente, solicitaremos ao gestor municipal a implantação de uma planilha para acompanhamento dos idosos, o qual será feito pelo médico da equipe. As informações serão registradas pela enfermeira e técnicas de enfermagem que nes serão responsáveis pelo monitoramento dos registros.

Engajamento público.

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

Detalhamento: Durante as consultas faremos orientações sobre seus direitos em relação à manutenção dos registros de saúde e acesso a segunda via se necessário, o qual será feito pela médica da equipe de saúde durante o contato com o usuário e a comunidade.

Qualificação da Prática Clínica:

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

Detalhamento: Fazer treino sobre o preenchimento dos registros específicos aos Idosos. Revisão e monitoramento dos registros dos Idosos serão responsáveis médico e enfermeira da equipe uma vez por semana na UBS.

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

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

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

Monitoramento e Avaliação:

Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

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

Organização e gestão do serviço:

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

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

Engajamento público.

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

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

Qualificação da Prática Clínica:

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

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

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

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

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

Monitoramento e Avaliação:

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

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

Organização é gestão do serviço:

Priorizar o atendimento a idosos de maior risco de morbimortalidade.

Detalhamento: A médica da equipe realizará um registro com os idosos de maior risco de morbimortalidade para priorizar seu atendimento, se monitorara uma vez por semana.

Engajamento público:

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

Detalhamento: Realizarei orientação aos idosos em cada consulta sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais freqüente e será feito por a médica da equipe.

Qualificação da Prática Clínica:

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

Detalhamento: Realizarei semanal capacitação a equipe sobre identificação de riscos da pessoa idosa, será feito por o medico da equipe.

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

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

Monitoramento e Avaliação:

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

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

Organização é gestão do serviço:

Priorizar os atendimentos idosos com fragilidade na velhice.

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

Engajamento público:

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

Detalhamento: Realizaremos atividades com a comunidade e com os idosos na consulta para orientar seu nível de fragilização e sobre a importância do acompanhamento mais freqüente será feito em cada consulta destes e será feito por o médico da equipe.

Qualificação da Prática Clínica:

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

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

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

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

Monitoramento e Avaliação:

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

Monitorar todos os idosos com rede social deficiente.

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

Organização é gestão do serviço:

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

Detalhamento: Será agendado as visitas domiciliar os idosos com rede social deficiente, será feito pelos ACS.

Engajamento público:

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

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

Detalhamento: Realizaremos conversas para orientar a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde e estimular na comunidade a promoção da socialização da pessoa idosa e do estabelecimento de redes sociais de apoio, será realizado pela médica e enfermeira as equipe.

Qualificação da Prática Clínica:

Capacitar a equipe para avaliar a rede social dos idosos.

Detalhamento: A médica da equipe realizará capacitação da equipe para avaliar a rede social dos idosos.

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos

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

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

Monitoramento e Avaliação:

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

Monitorar o número de idosos com obesidade / desnutrição.

Detalhamento: Registraremos nas fichas de atendimento aos idosos com obesidade / desnutrição para monitorar seu estado nutricional, será realizado pela médica da equipe.

Organização é gestão do serviço:

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

Detalhamento: Nas reuniões da equipe faremos orientação para cada membro sobre como orientar aos idosos sobre hábitos alimentares saudáveis. Será feito pela médica da equipe.

Engajamento público.

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

Detalhamento: Faremos palestras aos idosos, cuidadores e a comunidade da adoção de hábitos alimentares saudáveis na sala de espera do posto de saúde uma vez ao mês serão feito por o médico e enfermeira da equipe.

Qualificação da Prática Clínica:

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

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

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

Detalhamento: Realizaremos capacitação a equipe sobre orientação nutricional específica para o grupo de idosos, será feita pela médica e enfermeira da equipe uma vez ao mês.

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

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

Monitoramento e Avaliação:

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

Monitorar o número de idosos que realizam atividade física regular.

Detalhamento: Faremos atividades educativas e orientações para os idosos sobre a importância da prática regular do exercício físico, registraremos nas fichas de atendimentos os idosos, será feito pela médica da equipe.

Organização é gestão do serviço:

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

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

Detalhamento: Definiremos o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular e solicitar ao gestor do municipal parceria para esta atividade, será feito pela médica da equipe.

Engajamento público:

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

Detalhamento: Orientar com palestras aos idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da realização de atividade física regular, será feito por o médico e enfermeira da equipe uma vez ao mês.

Qualificação da Prática Clínica:

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

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

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

Ação: Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal

Monitoramento e Avaliação:

Monitorar as atividades educativas individuais sobre higiene bucal.

Detalhamento: Faremos monitoramento das atividades educativas feitas pela equipe, na reunião de equipe será feito pela Odontóloga.

Organização é gestão do serviço:

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

Detalhamento: Desenharemos o limite de tempo médio da consulta com a finalidade de garantir orientações em nível individual. Será realizado pela médica da equipe.

Engajamento público:

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

Detalhamento: Orientaremos mediante palestras aos idosos, cuidadores e a comunidade na consulta e sala de espera sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias será feito pela Odontóloga da equipe uma vez ao mês.

Qualificação da Prática Clínica:

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

Detalhamento: Será feita capacitação da equipe para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses e orientar aos idosos será o responsável a Odontóloga da equipe nas reuniões de equipe.

2.3.2 Indicadores.

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

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

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

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com exame clínico apropriado em dia

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador: 2.8. Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para Diabetes Mellitus

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

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 pertencente à área de abrangência da unidade de saúde

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

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

Indicador: 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 pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.

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

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com orientação sobre higiene bucal.

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

2.3.3 Logística

O projeto de intervenção na ESF do CAIS na cidade de Hulha Negra terá como foco o programa de atenção à pessoa idosa. Dessa forma, adotaremos os cadernos de atenção básica nº 19. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa e protocolo de saúde da pessoa idosa do MS do ano 2006. Estimamos alcançar com a intervenção cadastrar e acompanhar 80% dos idosos da população de posto. Todos os ACS da equipe cadastrarão os usuários e deverão preencher as fichas-espelho.

Utilizaremos a Caderneta dos idosos, prontuários e a ficha espelho disponibilizadas no curso. A ficha não prevê a coleta de informações sobre acompanhamento de saúde bucal, e dados relativos à classificação de risco dos idosos. Assim, para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, o médico e o enfermeiro vai elaborar uma ficha complementar e faremos contato com o gestor municipal para impressão das fichas espelho. Serão necessárias 200 cadernetas.

Para organizar o registro específico do programa como não temos registro específico começará do zero. Assim, construiremos arquivos específicos, utilizando

as fichas espelhos que o curso nos disponibilizam e começaremos a obter dados da comunidade. Serão necessárias 200 fichas espelho.

Teremos como coletar dados para obter indicadores necessários ao monitoramento da intervenção. Destaco que toda a equipe terá acesso ao arquivo.

O médico será responsável de monitorar a ação programática, em que semanalmente deverá controlar os dados das fichas espelhos, para acompanhamento mensal será utilizado à planilha eletrônico de coleta de dados disponibilizada pelo curso de pós graduação a distancia da UFPEL/ UNASUS.

Os usuários com parâmetros em atraso serão notificados ao ACS que por meio da visita domiciliar realizará busca ativa com resto de equipe, a qual será feita com transporte disponível pela secretaria de saúde. Ao fazer as pesquisas, os usuários terão seu atendimento agendado pelas ACS. Para os agendamentos também os usuários podem usar via telefônica, utilizaremos o horário de demanda espontânea que temos todos os dias, dois turnos em principio, assim não é necessário reservar consultas.

O médico ficará responsável por fazer a leitura dos exames, medicamentos e anotar o resultado na ficha espelho e no prontuário clínico, o usuário será orientado sobre a seqüência do tratamento, agendará a próxima consulta, se necessário, encaminhamentos a especialistas.

Ao final de cada semana as informações coletadas na ficha serão consolidadas na planilha eletrônica sendo avaliadas periodicamente e ao final de cada mês serão avaliados os indicadores. Fica reservado um momento mensal para emitir feedback à equipe quanto ao processo de monitoramento na intervenção sendo oportuna a discussão de novas estratégias de melhoria do serviço, como a adesão dos usuários na ação.

Á análise situacional e a definição do foco para intervenção foi discutida com a equipe de saúde. As ações terão inicio com a capacitação da equipe utilizando os protocolos de atenção básica sendo necessário um protocolo. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa do Ministério da Saúde para que todos usem as mesmas referencias

Visando à organização do serviço as capacitações na própria unidade de saúde, cada membro utilizara um Cadernos Atenção Básico de saúde da pessoa idosa e saúde bucal. Cada membro da equipe estudará uma parte do protocolo e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe.

O acolhimento dos usuários idosos que buscarem o serviço será realizado por toda equipe que devesse preencher as fichas, guardadas, aumentando os registros da ação e os cadastramentos realizados por toda a equipe. Os idosos que acessarem a unidade de saúde por demanda espontânea serão acolhidos pela técnica de enfermagem e médico realizando escuta qualificada direcionando-o para a resolutividade. As consultas programadas serão proporcionadas através de agendamento por telefone pelos próprios idosos ou cuidadores e ACS da área. Será instituído um turno no horário da tarde na consulta para agendamento somente para idosos.

Todos os usuários além de serem cadastrados deverão ser agendados em consultas. Os ACS poderão junto à enfermeira cadastrar e agendar consultas no posto de saúde ou visita domiciliar para usuários com dificuldade de locomoção, os usuários faltosos serão incluídos na agenda diária, após a consulta com o médico entregaremos ao paciente a data e horário da próxima consulta agendada. Semanalmente as informações serão disponibilizadas no SIAB pela enfermeira da equipe.

Para sensibilizar a comunidade solicitaremos apoio na área de abrangência apresentando o projeto e esclarecendo a importância do programa da pessoa idosa e atenção à saúde bucal.

Toda equipe participará junto à comunidade esclarecendo, fatores de riscos, promoção de hábitos saudáveis, orientação de prática de exercícios físicos, dieta saudável, esclarecimento quanto aos direitos dos usuários do SUS, usaremos a sala de reunião para palestras com população semanalmente para isto precisarei de 3 cartazes, 60 cadeiras, uma notebook, água.

Para que o trabalho de intervenção seja efetivado, a equipe entrará em contato com o gestor municipal repassando uma cópia do projeto solicitando apoio para a execução do mesmo. Iniciaremos um diálogo sobre o fortalecimento da rede de atenção para aquisição de materiais para o projeto, os materiais necessários, como um esfigmomanômetro, uma balança, um hemoglicoteste, uma fita métrica, uma tabela de Snellen, para a realização da avaliação o que será feito pelo médico da equipe uma vez na secretaria de saúde. Monitorar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anualmente em todos os idosos acompanhados pela unidade de saúde.

Realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade de saúde e preencher nas fichas. Faremos exame clínico geral na consulta programada será feito pelo médico. Definiremos na reunião da equipe quem vai fazer mensurações, medição da PA, HGT, que deve ser a técnica em enfermagem a todos os Idosos assistentes à consulta no local de procederes de enfermagem. Também as ACS farão a busca dos faltosos. Organizaremos a agenda para ter uma tarde na semana para os atendimentos a os Idosos faltosos será feito pelo médico da equipe na consulta.

Solicitaremos a agilização de exames complementares, pois alguns o município tem cotas mensais e atrapalha o bom controle das doenças na terceira idade. Os exames laboratoriais aos Idosos na consulta programada serão solicitados pelo médico da equipe segundo corresponda na consulta no posto de saúde.

Conhecer o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados. Fazer visita domiciliar com ajuda da comunidade para cadastrar a toda pessoa idosa acamada ou com dificuldades na locomoção uma vez por semana será feito pelos ACS nos domicílios. A comunidade será informada sobre o serviço de visita domiciliar a destes pacientes acamados e com problema de locomoção através de 6 cartazes fixados no posto de saúde, que serão realizados pela Equipe.

Realizar atendimento Odontológico a 100 % dos Idosos. Monitorar a necessidade de tratamento odontológico dos idosos. Organizar acolhimento dos idosos na unidade de saúde. Oferecer atendimento prioritário aos idosos na unidade de saúde. Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos. O acolhimento a os Idosos será feito pela recepcionista, enfermeira, técnica em enfermagem na recepção, sempre que tenha consulta, será feito cadastro com dados gerais na ficha do atendimento por recepcionista e oferecerá atendimento prioritário aos idosos sempre que precisem pela médica Odontóloga da equipe. A Odontóloga fará uma agenda destinada aos idosos para disponibilizar a primeira consulta e avaliação e posterior seguimento precisará um caderno e duas canetas.

O preenchimento da ficha individual de cada Idoso cadastrado será feito pelo médico da equipe na consulta.

Para distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados, solicitaremos ao gestor municipal a disponibilização de 200 Cadernetas de Saúde da Pessoa Idosa. Orientar os Idosos e a comunidade a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção e informar a

comunidade com 3 cartazes fixados na sala de espera. Capacitar a equipe para preencher a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa será feito por médico da equipe.

Para identificar os Idosos com risco de morbimortalidade faremos uma agenda com os de maior risco de morbimortalidade para priorizar seu atendimento e monitoramento uma vez por semana, este será feito pelo médico da equipe e precisarei de um caderno e uma caneta e um ressaltador.

Para monitorar o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice faremos uma agenda com os idosos classificados como frágeis para priorizar seu atendimento e monitoramento uma vez por semana o que será feito pelo médico da equipe no posto de saúde e precisarei de um caderno e uma caneta e um marca-texto.

Para fazer atividades de educação em saúde sobre orientação nutricional e monitorar o número de idosos com obesidade / desnutrição registraremos nas fichas de atendimento aos idosos com obesidade / desnutrição para monitorar câmbios nas mensurações da cada consulta, será feito pelo médico da equipe na consulta no posto de saúde.

esclarecendo sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico																
Indicar exames complementares a todos os Idosos; realização de exame clínico apropriado dos idosos e preencher no registro específico e Avaliação Multidimensional Rápida; investigar o número de idosos com sinais de fragilidade.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitorar as atividades de acolhimento e avaliação				X				X				X				X
Preencher a ficha individual a cada Idoso cadastrado e pesquisar os idosos faltosos às consultas programadas.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Cadastrar os Idosos acamados para receber avaliação.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar visita domiciliar aos idosos acamados.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Fazer atividades de educação em saúde na comunidade sobre orientação nutricional, prática regular de atividade física e				X				X				X				

cuidados com a saúde bucal.																
Fazer atendimento Odontológico aos idosos.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitoramento do numero de idosos com atendimento odontológico.				X				X				X				X

3 Relatório da Intervenção:

3.1 As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas

Houve ajuste no número de semanas de intervenção de 16 para 12 semanas por orientação da coordenação do curso, devido necessidade de ajustes no calendário acadêmico.

Não conseguimos atingir a meta da cobertura, pois no município não tem UBS tradicional como a que necessitamos e também foram reduzidas as semanas da intervenção, enquanto a meta de qualidade da avaliação de risco de morbimortalidade foi realizada a 91 idosos de 128 cadastrados(71,1%) pela demora dos exames complementares assim com a forma itinerante de trabalho da ESF além de ter falta de ACS.

Quando eu comecei o projeto de intervenção, achei que era um pouco difícil conseguir alcançar os objetivos, metas, ações e indicadores planejados. O tema da intervenção foi saúde da pessoa idosa, priorizando este programa no município, porque era o mais deficiente em nossa população no momento da análise. Fiquei preocupada, com dúvidas e temor. Apesar de algumas dificuldades objetivas e subjetivas, as condições de trabalho, a equipe incompleta, falta de estrutura física por atuar em equipe itinerante, assim as coisas dei todo meu empenho para montar um cronograma, logística, planilha de Objetivos, Metas, Indicadores e Ações (OMIA) que já estavam prontas para iniciar a intervenção e assim foi. Sem dúvidas o projeto de intervenção me motivou muito e trouxe mudanças para benefício da equipe e muitas coisas boas para nossa população. Por exemplo: As reuniões de equipe hoje formam parte da rotina semanal onde todos participam. Anteriormente ao projeto só acontecia uma vez por mês. A equipe conseguiu mais unidade, adesão e bom funcionamento como uma verdadeira equipe. Os idosos já têm um dia marcado

(todas quintas feiras) para seus atendimentos e se sentem bem acolhidos pela equipe.

A equipe se esforçou muito sobre todo no final do projeto pelo tempo curto da intervenção, além disso, tivemos falta de ACS e a equipe queria atingir as metas planejadas no início, para isso foi necessário tomar estratégias de trabalho, fizemos atendimento integral um dia da semana em duas sessões. Durante todo esse tempo tivemos como debilidade a ausência de dentista por algumas semanas para avaliação e atendimento odontológico, mas felizmente foi corrigido com mais um dia de atendimento para eles.

Em relação aos idosos que moravam longe resultou providenciar uma unidade móvel para trasladar a equipe até os bairros mais distantes dependendo das características geográficas da área.

Dentro das ações que estavam planejadas para ser desenvolvida, a maioria delas foi possível executar.

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



Figura 3 Fotografia Atendimento integral na unidade de saúde. Posto Médico Hulha Negra, Hulha Negra/ RS.2015. Fonte: arquivos da especializanda.



Figura 4 Monitoramento no preenchimento da ficha espelho. Posto Médico Hulha Negra, Hulha Negra/ RS.2015. Fonte: arquivos da especializanda.

No objetivo de adesão estava previsto monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela unidade de saúde o que foi possível realizar adotando estratégias de

atendimento clínico integral um dia em cada semana pela forma de trabalho itinerante da equipe de saúde, mas quase a totalidade dos idosos foram acompanhados mensalmente com os retornos agendados, muito poucos não chegaram ao retorno marcado e foi necessário fazer a busca ativa deles.



Figura 5 Atendimento médico na Unidade de saúde. Posto Médico Hulha Negra, Hulha Negra/ RS.2015. Fonte: arquivos da especializanda.

Para conseguir a maior qualidade nos registros das informações dos idosos acompanhados na unidade de saúde, foi preciso monitorar as fichas espelho as quais já estavam prontas e estão atualizadas em 100% deles, e os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

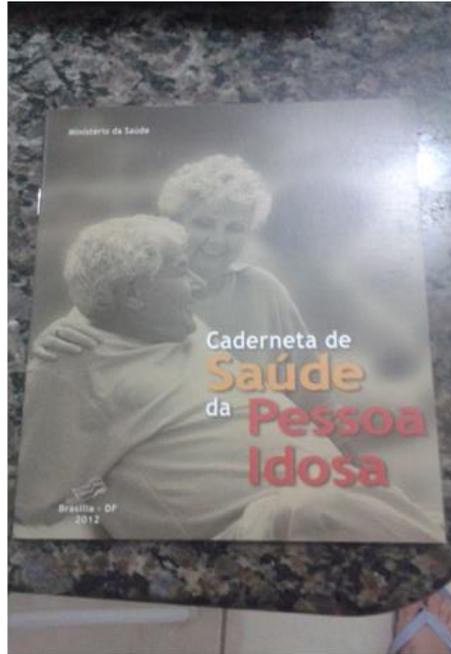


Figura 6 Caderneta de saúde da pessoa idosa. Posto Médico Hulha Negra, Hulha Negra/ RS.2015. Fonte: arquivos da especializanda.



Figura 7 Materiais utilizados. Posto Médico Hulha Negra, Hulha Negra/ RS.2015. Fonte: arquivos da especializanda.

Na avaliação de risco executou-se o monitoramento do número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência, o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice, a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados no CAIS e o monitoramento de todos os idosos com rede social deficiente os quais também foram identificados.

Na promoção de saúde monitorou-se a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos, o número de idosos com obesidade / desnutrição, a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos, o número de idosos que realizam atividade física regular e as atividades educativas individuais, este monitoramento executou se mediante palestras realizadas cada semana no acolhimento na sala de espera da unidade de saúde.



Figura
na sala de espera
Posto Médico
Negra/ RS.2015.
especializada.



8Acolhimento realizada
da unidade de saúde.
Hulha Negra, Hulha
Fonte: arquivos da

Figura 9: palestras realizadas na sala de espera da unidade de saúde. Posto Médico Hulha Negra, Hulha Negra/ RS.2015. Fonte: arquivos da especializanda.

No eixo de organização e gestão dos serviços foram planejadas e executadas varias ações, o cadastramento da totalidade dos idosos foi feita em cada mês da intervenção, o acolhimento é uma ação que é realizada no dia de atendimento, as atualizações dos registros do SIAB foram feitas pela enfermeira apos o atendimento e atualizadas para a secretaria mensalmente, durante a intervenção melhorou a qualidade de nossas informações com o sistema E SUS, em cada reunião de equipe realizada todas as quintas-feiras explicamos as atribuições dos profissionais assim como a participação de cada um deles na realização da triagem do idoso. Garantiu se busca a dos idosos, organizou seja agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares, logramos identificar novas incidências de casos de diabetes e de hipertensão arterial, realizou se a solicitação dos exames complementares no mesmo dia do atendimento graças a estrutura que temos no CAIS o paciente no próprio dia tinha feita sua avaliação odontológica, ECG, exame visual, ou seja, foram realizados todos os exames complementares preconizados, não tivemos problemas com as necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Garantiu se o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa e organizou se a agenda para visitar o 100 % dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. Em cada atendimento na avaliação de risco se priorizou o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência, o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice, se priorizou o agendamento de visitas domiciliares de todos os idosos com rede social deficiente os quais também foram identificados e encaminhados com o assistente social. A promoção de saúde se definiu fazer grupo com capacitação de um profissional da equipe

responsável pela orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, pois não temos nutricionista para orientação dos idosos, o número de idosos com obesidade / desnutrição, a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos, o número de idosos que realizam atividade física regular e as atividades educativas individuais.



Figura 10: Visita domiciliar. Posto Médico Hulha Negra, Hulha Negra/ RS.2015. Fonte: arquivos da especializanda.



Figura 11: Atividade com idosos na prática de exercícios físicos. Posto Médico Hulha Negra, Hulha Negra/ RS.2015. Fonte: arquivos da especializanda.

No eixo engajamento público a comunidade foi informada sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável, foi compartilhado com os idosos as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social. Orientamos os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e

neurológicas e as conseqüências decorrentes destas doenças e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Nos encontros semanais conduzidos pela médica em local da comunidade (câmara de Vereadores) os usuários foram orientados em quanto à necessidade e periodicidades da realização de exames complementares. Foi discutido com a comunidade ao respeito do direito dos usuários de terem acesso aos medicamentos disponibilizados na Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obterem este acesso.

Finalmente foi do conhecimento de toda a população a existência do projeto e nota se sua participação e colaboração. Apesar de ter sido possível finalmente esclarecer a comunidade a existência do projeto, compartilhada as condutas esperadas em cada consulta com os usuários para que eles possam exercer controle social, explicar os fatores de risco para desenvolver as doenças como HAS e DM, explicar também a possibilidade das visitas domiciliares em idosos acamados ou com problemas de locomoção, as avaliações de risco para morbimortalidade, fragilização na velhice, orientações sobre hábitos alimentares saudáveis, prática de atividade física, importância da higiene bucal. Acredito que neste eixo ainda estamos deficientes e constitui um eixo a desenvolver no decorrer do tempo, pois é de grande importância a participação ativa da comunidade nas atividades.

No eixo qualificação da prática clínica o tema Alimentação Saudável foi abordado em um dos encontros, sendo utilizado como material norteador o: "Dez passos para alimentação saudável" ou o "Guia alimentar para a população brasileira". Não foi possível a participação de um profissional nutricionista para palestrar à equipe. As técnicas de enfermagem receberam capacitação no que refere se ao acolhimento dos idosos que chegam por primeira vez, ou como resultado dos retornos marcados na consulta anterior, assim como os que chegam como resultado das buscas ativas dos idosos faltosos. Também foram capacitadas em quanto a orientar aos idosos sobre alternativas para obter acesso a medicamentos da farmácia popular de Hiperdia. Também foi motivo da capacitação das técnicas de enfermagem o referente a verificação da pressão arterial de forma criteriosa e a realização do Hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmHg ou daqueles que sofrem de Hipertensão Arterial Sistêmica. Elas foram capacitadas no que é a realização da avaliação da necessidade de atendimento odontológico em idosos e no preenchimento de todos

os registros necessários para o acompanhamento do atendimento ao idoso. Para isso foram utilizados materiais como (protocolo de atendimento a pessoa idosa, computador, lápis, caneta, fita, esfigmomanometro, glicosímetro, entre outros. O espaço das reuniões da equipe foi utilizado também para capacitações que foram dirigidas especificamente para os ACS tais como cadastramento dos idosos, a realização de um registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção, o planejamento das visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção priorizando tanto para as visitas como para os atendimentos no CAIS aos idosos de maior risco de morbimortalidade, idosos com fragilização na velhice, o planejamento de visitas domiciliares dando prioridade aos idosos com rede social deficiente. Para estas capacitações foram necessários recursos materiais tais como papel, lápis, computador, protocolo de atendimento da pessoa idosa entre outros. Também no momento das reuniões da equipe se realizou a atualização dos profissionais da equipe em quanto á terapêutica da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, feita pelo enfermeiro, também foi definida na equipe a periodicidade das consultas aos idosos a que ficou para ser mensal durante a intervenção. No marco das reuniões da equipe também o enfermeiro falou o relacionado com a política nacional de humanização.

Como podemos apreciar com o transcurso da intervenção já o programa de atenção à saúde da pessoa idosa é uma realidade em nosso CAIS, além de não atingir as metas eu estou satisfeita com os resultados obtidos ate o momento, pois em só 12 semanas a equipe conseguiu incorporar o 43,8% dos idosos ao acompanhamento com a qualidade requerida no protocolo. A nossa intervenção é parte da rotina de nossos atendimentos. Eu acredito que chegou para ficar para sempre. A meta da equipe é alcançar o 100 % dos idosos acompanhados na UBS em um período de outros dois meses. Temos indicadores ainda por melhorar como a saúde bucal pelos problemas apresentados, mas continuaremos trabalhando para lograr não um bom resultado no projeto senão melhorar com os atendimentos o grau de satisfação da população idosa de nosso município.



Figura 12 Atendimento odontológico do idoso. Posto Médico Hulha Negra, Hulha Negra/ RS.2015. Fonte: arquivos da especializanda.

3.2 As ações previstas e não desenvolvidas

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

3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados

Não houve dificuldades na coleta e sistematização de dados nem o preenchimento das planilhas e fechamento das planilhas.

3.4 Análises da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço

A planilha de coleta dos dados já está incorporada a rotina do serviço, e muito bem aceita pela equipe de saúde. Acredito que a planilha de coleta de dados foi excelente, pois podíamos acompanhar semanalmente o desempenho das ações preconizadas pelo protocolo e conseguíamos visualizar através de gráficos o que estávamos realizando.

A intervenção já está incorporada a rotina da equipe, ou seja, com todas as ações previstas no projeto e continuará sendo parte de nossos atendimentos na atenção a saúde da pessoa Idosa.

Resumindo o trabalho feito até aqui foi gratificante o andamento da intervenção em saúde do idoso foi sucesso, cumprindo o objetivo da APS: promoção e prevenção das doenças.

A população agradece e os idosos desse grupo tão vulnerável e muitas vezes desassistido estão tendo uma excelente atenção e isso melhora muito a qualidade de vida. O mais gratificante e relevante do trabalho é os resultados atingidos até agora onde conseguimos estabilizar as doenças crônicas em vários usuários, temos em acompanhamento outros que ainda precisam de avaliação, realizamos diagnóstico novos de doenças crônicas em idosos supostamente saudáveis sem tratamento médico até o momento que forem acompanhados e encaminhamos os casos necessários para avaliação por especialista.

Pelos resultados alcançados até agora a equipe está satisfeita esperamos que continue o trabalho com o objetivo de garantir melhor qualidade na vida dos idosos.

4 Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados:

A intervenção começou no mês de Dezembro de 2014, com a divulgação do projeto de intervenção, e durou 12 semanas. Tinha como propósito a Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na ESF 1, Hulha Negra/RS

A longevidade é sem dúvida um triunfo da humanidade. Considerei este grupo de pessoas porque o envelhecimento e saúde da pessoa idosa forma parte de nosso dia a dia nas unidades de saúde, considerando que este grupo etário deve ter prioridade e todo nosso maior empenho para planejar ações de saúde voltadas não apenas em tratar suas doenças, mas também preparar tanto eles como seus familiares ou cuidadores para enfrentar seus problemas de saúde. Esta realidade também é percebida em nossa ESF onde a população alvo de minha intervenção era de 292 idosos cadastrados na área de cobertura da ESF, sendo que a estimativa é de 411 idosos, gerando um indicador de cobertura de 71% pessoas com mais de 60 anos.

Sobre o objetivo de ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso para 80 %, durante a intervenção conseguimos cadastrar 128 (43,8%), mesmo com todo o desempenho da equipe não conseguimos atingir a meta pactuada. Escolhemos intervir com a população idosa já que não tínhamos implantado o programa de saúde da pessoa idosa no município e nunca foram avaliados conforme o preconizado pelos protocolos.

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

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

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

No primeiro mês foram cadastrados 43 (14,7%), segundo mês 102 (34,9%), terceiro mês 128 (43,8%) dos Idosos da área de abrangência da unidade de saúde. (Figura 15)

A meta de 80 % não foi atingida, mas as ações foram realizadas durante os três meses de intervenção. A capacitação dos profissionais contribuiu para que todos os membros da equipe participarem no acolhimento dos Idosos, as atividades de grupos de pessoas com hipertensão e/ou diabetes. O engajamento público com a comunidade principalmente a divulgação da intervenção com ajuda de dois líderes comunitários da comunidade assim como a rádio comunitária foi um apoio fundamental. A melhoria da cobertura no programa e das ações é de muita importância para nosso serviço e para este grupo priorizado, é necessário continuar fortalecendo ainda mais engajamento público com a comunidade para que conheça a importância da atenção a saúde da pessoa Idosa. Continuamos trabalhando para ampliar a cobertura da atenção a pessoa idosa ainda depois de culminar a intervenção para contribuir na qualidade de vida de este grupo etário.

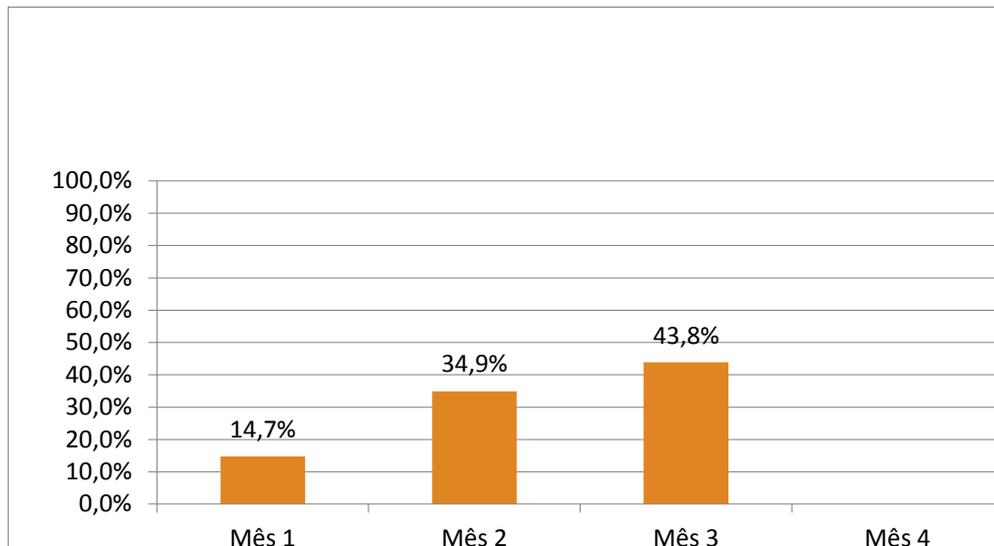


Figura 13: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso. ESF1Hulha Negra /RS.2015.

Objetivo2: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde.

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

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

No primeiro mês da intervenção realizamos a avaliação multidimensional rápida a 43 (100%), no segundo mês 102 (100%), no terceiro mês a 128 (100%), pelo que a meta foi atingida 100%.

A Avaliação Multidimensional Rápida começou com a triagem realizada pela enfermeira do peso, altura e perímetro braquial, depois na consulta eu calculei o Índice de massa corporal, e já na consulta se aplicava a escala de avaliação Multidimensional tendo em conta a escala de avaliação Multidimensional Rápida (visão, audição, incontinência, atividade diária, queda, atividade sexual, humor e depressão, memória, MMSS/MMII, domicílio e suporte social), avaliando se assim a Fragilidade deles segundo os resultados obtidos na meta 5.2.

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

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

No primeiro mês da intervenção foi realizado o exame clínico apropriado a 43 (100%), no segundo mês 102 (100%), no terceiro mês a 128(100%), dos usuários a meta foi atingida. Esta ação foi realizada pelo médico na consulta programada com a realização de exame físico geral, regional e por sistemas, incluindo exame dos Pés no sistema osteomioarticular encontrando se com pacientes com cifras altas de Pressão Arterial, HGT alterada, ainda sem ter diagnósticos de estas doenças, ou seja, sem prévio diagnóstico de HTA e DM. Encontramos modificações Fisiológicas dos Pés como deformidades anatômicas nos membros inferiores, dos dedos, metatarsalgias, hemiplegias por seqüelas neurológicas em pacientes cadeirantes, etc. Com exame dos pés alterados por afecções vasculares (insuficiência Venosa periférica), varizes, encontramos 30 pacientes e com diminuição dos pulsos Pedioso e Tibial só encontramos 02 pacientes respectivamente.

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

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

Dos usuários hipertensos e/ou diabéticos cadastrados e acompanhados durante a intervenção foram indicados os exames complementares pelo Médico em cada consulta programada assim como para os usuários que retornaram com

exames alterados. No primeiro mês solicitação exames complementares a 32(100 %), no segundo mês a 74 (100 %), no terceiro mês a 91 (100 %).

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

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

No começo da intervenção só 32(74,4 %) dos Idosos de 43 cadastrados possuíam prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada. No segundo mês 74 (72,5%) de 102 e no terceiro mês 88 (68,8%) de 128, na medida em que eram cadastrados diagnosticados e acompanhados ou já portadores de patologias eram orientados sobre os benefícios econômicos dos medicamentos da Farmácia Popular e o direito deste benefício. Alguns usuários preferiam não utilizavam medicamentos da farmácia popular e compravam em outras farmácias.

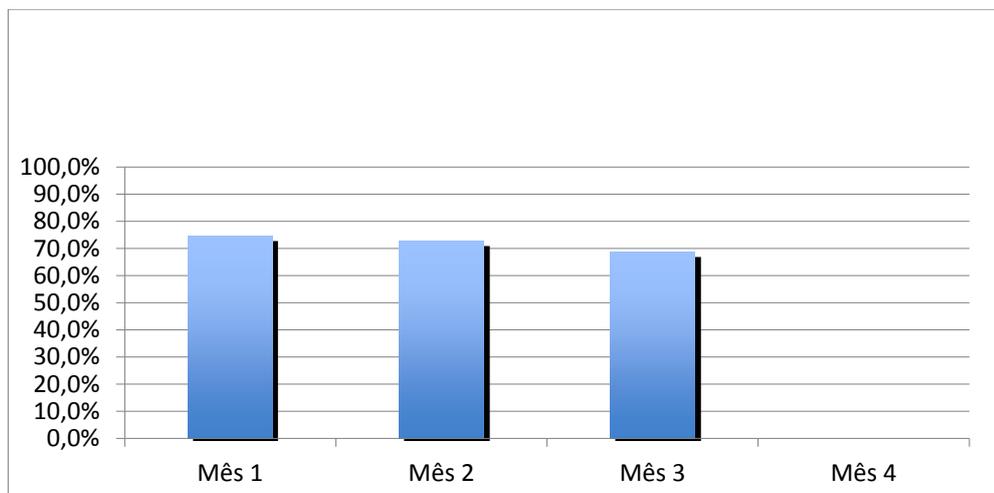


Figura 14: Proporção de Idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada. ESF1 Hulha Negra/RS- RS.2015.

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

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

No primeiro mês tinha conhecimento de ter 07 (100%) idosos acamados ou com problemas de locomoção, no segundo mês cadastrarmos 8 (100 %), e no

terceiro mês 9 (100 %), foi muito importante a colaboração dos ACS para atingir esta meta, pois elas orientavam a equipe e logo realizamos a visita domiciliar a equipe toda.

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

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

No primeiro mês dos Idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados foi realizada a visita domiciliar a 6 (85,7 %), por causa de encontrar se em consulta especializada em outro município. No segundo mês foram cadastrados 8 e se realizou a visita domiciliar aos 8 (100 %), e no terceiro mês 9 (100 %), foi muito importante a colaboração da equipe para atingir esta meta. Assim que ficávamos sabendo que havia idosos acamados ou com problemas de locomoção passamos a confeccionar agenda para a realização de a visita domiciliar. Dos 9 acamados ou com problemas de locomoção as principais doença foram: 1 cirurgia de Hérnia discal lombar, 1 demência senil, 2 quadriplégica, 1 paralisia Cerebral, 2 velhice e 2 com seqüelas de ACV.

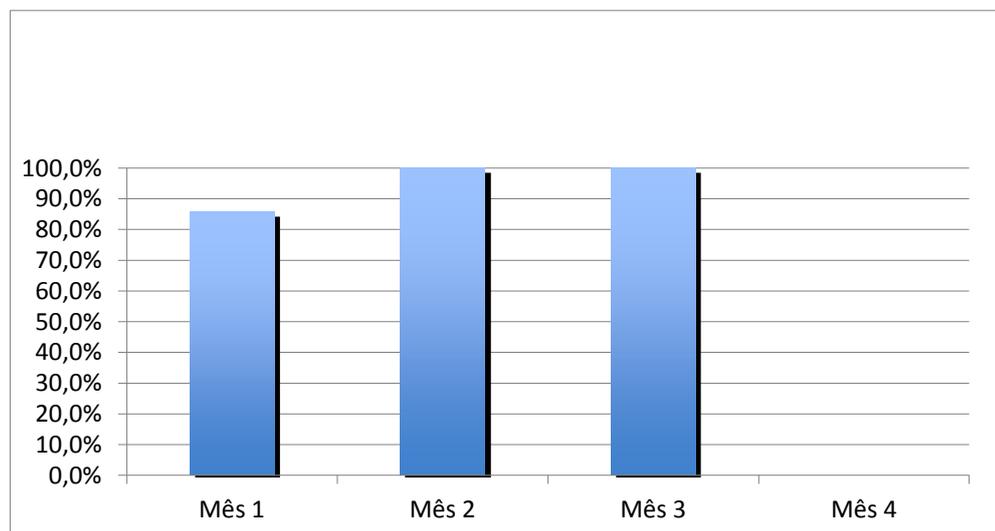


Figura 15: Proporção de Idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita Domiciliar. ESF1 Hulha Negra- RS.2015.

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

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

No primeiro mês da intervenção realizamos o rastreio para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) a 43(100 %), no segundo mês 102 (100%), no terceiro mês a 128 (100 %), demonstrando que a meta foi atingida. Esta ação foi realizada na triagem pela técnica de enfermagem e na consulta pelo médico, não houve casos novos com Hipertensão Arterial.

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

Indicador: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

No primeiro mês dos idosos com Hipertensão Arterial foram rastreados para Diabetes Mellitus (DM) 28 (100%), no segundo mês de 70 (100%), no terceiro mês 87 (100%), pelo que a meta foi atingida. No momento da Triagem feito pela enfermeira foi realizado HGT100% dos Hipertensos, diagnosticando se 1 caso novo de Diabetes Mellitus.

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

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

No primeiro mês da intervenção foi realizada a avaliação da necessidade de atendimento odontológico a 37idosos (86 %), no segundo mês 95(93,1 %), no terceiro mês a 121(94,5 %), esta meta não foi atingida já que no momento da consulta programada se apresentamos problemas com recursos humanos, como falta de odontológico e os pacientes ficaram várias semanas sem atendimento odontológico, más no momento da avaliação clínica foi feito exame bucal pela Médica do projeto.

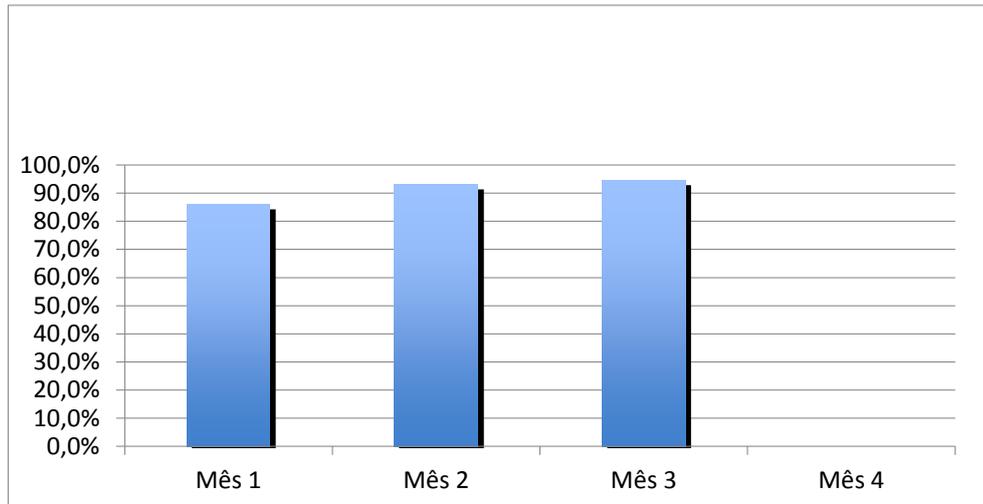


Figura 16: Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. ESF1-Hulha Negra/RS-2015.

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

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

No primeiro mês da intervenção realizaram a primeira consulta odontológica 38 idosos (88,4 %), no segundo mês 62 (60,8 %), no terceiro mês a 78 (60,9 %), Esta meta também não foi atingida, pois a demanda de outros atendimentos exigia de mais agenda, conseguimos implementar a primeira consulta para os idosos, pena que cada semana estava indo muito bem com avaliação odontológica em conjunto no mesmo dia. Mais de um mês não tínhamos gestor de maneira que isso continuou afetando a qualidade da intervenção, foi orientado para cada idoso em particular agendar consulta para dentista em outro momento, sabemos que alguns deles agendaram com ajuda das ACS más também sabemos que outros não estavam sendo consultados por odontólogo o qual dependia da vontade de cada um deles, tinha planejado todas as atividades no mesmo dia precisamente pelo trabalho itinerante que eu faço e que termino por não ficar na unidade de saúde todos os dias da semana.

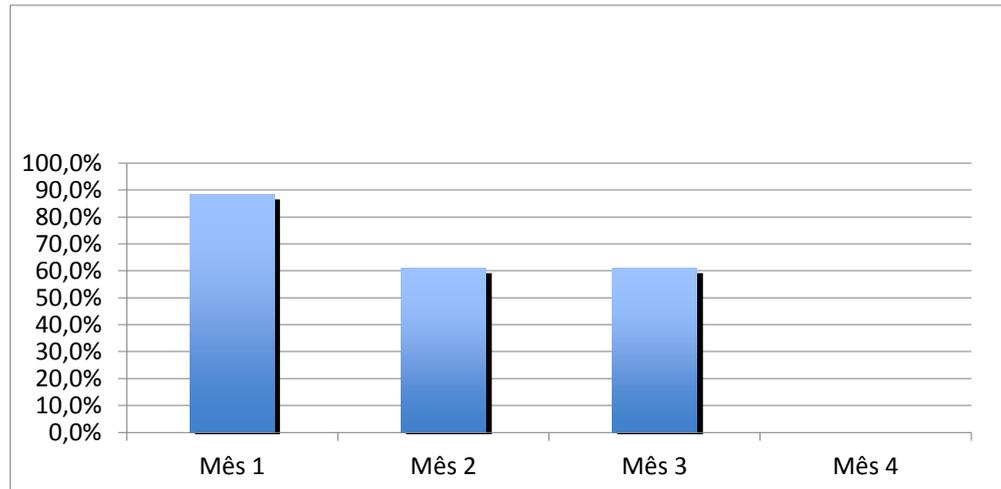


Figura17: Proporção de Idosos com primeira consulta odontológica programática. ESF1 Hulha Negra/ RS.2015.

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

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

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

No primeiro mês 5 Idosos faltaram á consulta programada para (100 %) foi realizada busca ativa pelas ACS, no segundo mês 5 Idosos (100%) faltou a consulta e foi realizada a busca ativa, no terceiro mês 5 faltaram as consultas e os 5 foi realizada a busca ativa (100%), Durante o transcurso da intervenção tivemos pessoas faltosas a consulta pela demora nos resultados dos complementares solicitados para avaliação.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

No primeiro mês da intervenção realizamos registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia a 43 (100 %), no segundo mês 102 (100 %), no terceiro mês a 128 (100 %), pelo que a meta foi atingida pela organização da gestão do serviço. Para organizar o registro específico do programa como não tínhamos registro específico começou do “zero”. Assim, construímos arquivos específicos, utilizando as fichas espelhos e começamos a obter dados da comunidade. Tivemos

que coletar dados para obter indicadores necessários ao monitoramento da intervenção. Destaco que toda a equipe teve acesso ao arquivo.

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

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

No primeiro mês da intervenção distribuimos a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 43 (100 %), no segundo mês 102 (100 %), no terceiro mês a 128 (100 %), a meta foi atingida. Conseguimos atingir a meta pelo comprometimento dos profissionais conscientizados da importância da caderneta para o acompanhamento da pessoa idosa.

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

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

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

No primeiro mês da avaliação de risco para morbimortalidade foram 32 Idosos (74,4%), no segundo mês a 74 (72,5%) e no terceiro mês a 91 (71,1%), ou seja, não foi atingida a meta para 100 %, pela demora dos resultados de exames complementares necessários para fazer esta avaliação de risco, o que não permitiu o alcance desta meta. É necessário continuar e fortalecendo ainda mais o engajamento público com os gestores municipais, ter mais agenda dos exames que resultam demorados. Os resultados encontrados foram pacientes com risco de Morbimortalidade com riscos de Morbimortalidade Coronários para os próximos 10 anos encontrados são:

- 1 com mais de 10 % de risco de Morbimortalidade para os próximos 10 anos.
- 1 com mais de 13 % de risco de Morbimortalidade para os próximos 10 anos.
- 1 com mais de 18 % de risco de Morbimortalidade para os próximos 10 anos.

- 4 com mais de 20 % de risco de Morbimortalidade para os próximos 10 anos.
- 6 com mais de 27 % de risco de Morbimortalidade para os próximos 10 anos.
- 9 com mais de 53 % de risco de Morbimortalidade para os próximos 10 anos.
- Encontramos 14 pacientes com lesões de órgãos alvos.

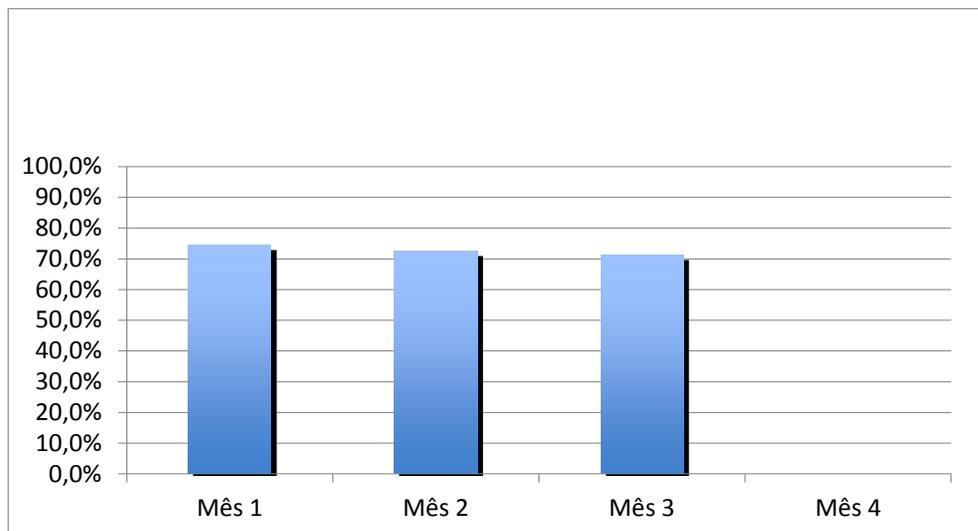


Figura 18: Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia. ESF1-Hulha Negra/RS-2015.

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

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

No primeiro mês da intervenção realizamos a avaliação para fragilização na velhice a 43 (100 %) idosos, no segundo mês 102 (100 %), no terceiro mês a 128 (100 %), pelo que a meta foi atingida 100 %. Foi realizada pela Médica a escala de Fragilidade segundo os Critérios do Brasil de Fragilidade, identificamos 10 idosos frágeis de más de 65 anos. As principais alterações encontradas foram transtornos da audição, visão, Memória, atividade sexual, incontinência urinária, transtornos de locomoção, alterações da nutrição como:

Normopeso: 235

- Baixo Peso: 1

- Sobre peso: 24
- Obesidade G 1: 21
- Obesidade G 2: 9
- Obesidade G 3: 2

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

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

No primeiro mês da intervenção logramos fazer avaliação de rede social em dia a 41 (95,3 %), no segundo mês 100 (98,0 %), no terceiro mês a 126 (98,4 %), pelo que a meta foi atingida quase 100 %. Na consulta programada e visitas domiciliares da equipe toda, foi investigado com ajuda das ACS, familiares, vizinhos ou amigos se tinham apoio social. Encontrando se que 6 Idosos tinham apoio na rede social deficiente, más desamparados não tivemos, senão 5 com apoio familiar deficiente e 1 com apoio dos vizinhos e amigos.

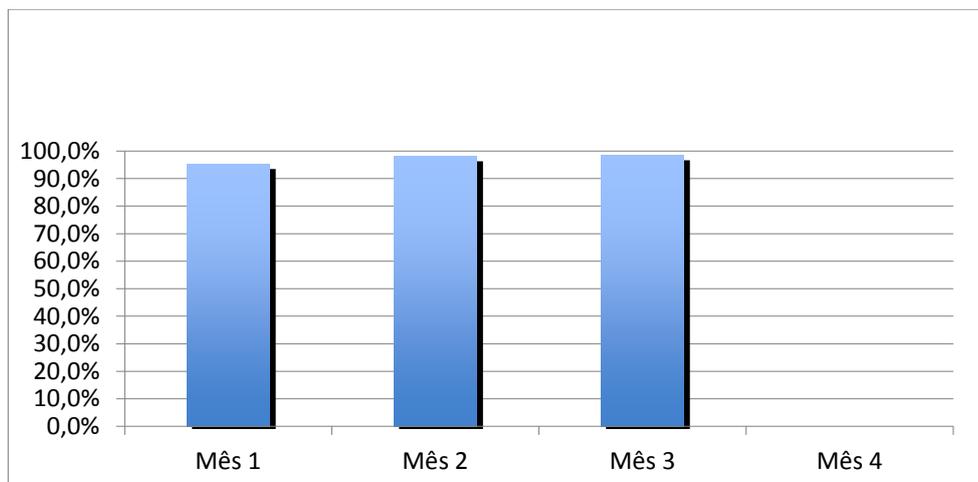


Figura 19: Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia. ESF # 1-Hulha Negra/RS-2015.

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos.

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

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

No primeiro, segundo e terceiro mês a meta foi atingida 43 (100%), 102 (100%), 128 (100%) respectivamente, todos os Idosos cadastrados receberam

orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis. Foi muito importante o apoio da equipe na participação dos usuários

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

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

No primeiro mês da intervenção realizamos orientação sobre prática regular de atividade física 43 (100%), no segundo mês 102 (100 %), no terceiro mês a 128 (100%), pelo que a meta foi atingida aos 100%. Esta meta ainda pode melhorar com a contratação de um educador físico na unidade de saúde. De forma particular na consulta foi feita a orientação sobre prática regular de atividade física aos 100% dos Idosos e nas palestras realizadas durante a intervenção, realizadas pela Médica e enfermeira.

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

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

No primeiro mês da intervenção receberam orientação sobre cuidados em saúde bucal a 43 (100 %), no segundo mês 102 (100 %), no terceiro mês a 128 (100 %) idosos, pelo que a meta foi atingida 100%. Na consulta programada de forma individual e nas palestras com os grupos foi feita pela Médica e Odontóloga da equipe orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrado.

4.2 Discussão

A intervenção na ESF1 de Hulha Negra teve uma duração de 12 semanas, uns dos objetivos era a ampliação da cobertura de atenção aos Idosos, melhorar a qualidade da atenção dos usuários já cadastrados, confecção dos registros de acordo com a qualificação da atenção com destaque para ampliação do exame clínico geral incluindo exame dos pés, avaliação nutricional, classificação de Risco

de Morbimortalidade, Fragilização na velhice, assim como os encaminhamentos com serviço de referencia e contra referencia se precisarem.

Para a realização do projeto de intervenção a equipe seguiu um cronograma confeccionado para dar complemento a cada atividade planejada, uma delas foi a capacitação dos membros da equipe segundo os protocolos do Ministério de Saúde. Os temas tratados foram o acolhimento dos idosos, atividades de educação em saúde sobre orientação nutricional, prática de exercícios físicos assim como criativamente temas como prevenção de quedas para o qual foi ilustrada carteirinha além da já disponibilizada pelo ministério em relação a carteirinha dos idosos onde os ACS foram capacitados para o preenchimento das mesmas. Para os idosos faltosos foram treinados os ACS na busca daqueles que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço. Estas atividades foram possíveis através das reuniões da equipe todas as quintas feiras depois dos atendimentos. As atividades educativas e de promoção de saúde foi um grande desafio que a equipe teve que enfrentar lideradas pela médica e enfermeira de equipe com muito empenho para fazer um trabalho integral, ressaltando a ajuda das ACS e demais integrantes da equipe, líderes comunitários da comunidade. Esta unidade foi muito importante para a equipe na consolidação da intervenção. Sem duvidas o projeto de intervenção foi muito gratificante e trouxe mudanças para beneficio da equipe e muitas coisas boas para nosso serviço. Por exemplo: As reuniões de equipe já hoje formam parte da rotina semanal onde todos participam, tendo em conta as atribuições de cada Profissional. Anteriormente ao projeto só acontecia uma vez por mês. A equipe conseguiu mais unidade, adesão e bom funcionamento como uma verdadeira equipe.

Para mim como profissional em resumo posso dizer que a intervenção foi uma maravilhosa experiência, fazer atenção integral aos Idosos, com atendimento clínico integral. Consegui que os idosos tiveram um dia marcado (todas quintas feiras) para seus atendimentos, mas considero que as ações previstas foram desenvolvidas com algumas dificuldades sobre todo na estrutura da ESF que não tinha local de trabalho estruturado como uma UBS tradicional.

Para a comunidade teve uma ótima aceitação, pois o projeto motivou em cada semana a população idosa á participação nas atividades as quais começavam desde sua chegada com acolhimento na sala de espera, fazíamos palestras e logo começava a triagem, aproveitamos a estrutura física do CAIS para o nosso

benefício, avaliação integral do usuário, exame laboratoriais, identificação de casos novos de Diabetes Mellitus, acompanhamento de doenças crônicas como cardiopatias já diagnosticadas, HTA, AVC entre outras doenças, avaliação de risco executou se mediante a escala de Framingham, prevendo o risco de morbimortalidade em 10 anos por doenças cardiovasculares, o monitoramento do número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência, o número de idosos investigados com fragilização na velhice, a realização de avaliação da rede social deficiente os quais também foram identificados em todos os idosos acompanhados no CAIS. Identificamos mediante avaliação nutricional desnutrição por excesso, neste caso acima do peso ideal, assim como diferentes graus de obesidade I,II, III. Isto significa que podemos trabalhar na prevenção de riscos e modificação de seus estilos de vida para evitar complicações cardiovasculares e transtornos metabólicos. Atualmente o projeto chegou para ficar e hoje em dia eles continuam seus atendimentos todas as quintas feiras e muitos deles integram o grupo de Hiperdia onde expressam sentir se muito bem acolhidos.

Conseguimos manter o despertar à necessidade do acompanhamento de saúde bucal incorporando maior número de atendimentos na consulta de Odontologia, conscientizando os usuários sobre a importância de realizarem acompanhamento e avaliação odontológica.

Para o serviço a intervenção está incorporada na rotina do nosso trabalho, exortando para a equipe em geral dar continuidade, pois evidenciamos a importância dos cadastramentos, atendimentos e controle dos registros. O trabalho ficou mais organizado. A equipe de saúde foi bem responsável e assumiu o projeto com toda a seriedade requerida. As ações de educação para saúde continuam sendo feitas todas as quartas feiras antes dos atendimentos, todos os meses. O maior desafio da equipe em geral é continuar no controle e acompanhamento das doenças crônicas é o mais importante fazer prevenção dos fatores de riscos encontrados durante a intervenção, para isso, necessitamos orientar devidamente os idosos, familiares ou cuidadores para modificar seus estilos de vida. Considero importante a qualificação dos registros, fichas-espelhos com uma base de dados com a totalidade dos pacientes cadastrados, ainda não temos prontuários eletrônico, mas precisamos continuar na luta por criar melhorar a qualidade dos mesmos e por finalmente involucrar as autoridades do município para a construção de um espaço físico só

para ESF. Acredito que com o andamento da intervenção a Secretaria de Saúde teve uma noção das eventualidades enfrentadas pela espera nos resultados dos exames complementares no qual já as estratégias foram tomadas. Continuaremos trabalhando em melhorar a atenção integral as pessoas Idosas. Como conclui no relatório final infelizmente não é viável em nosso contexto, mas estou satisfeita com os resultados obtidos.

5 Relatório da intervenção para os Gestores

Senhora Secretária

Quando ingressei no Programa Mais médico, uma das condições era realizar Especialização em Saúde da Família, o qual foi realizado pela Universidade federal de Pelotas.

A intervenção na Atenção Primária à Saúde foi realizada na ESF 1 no Centro de Atenção Integral de Saúde (CAIS) do município Hulha Negra, no período de Abril a Junho de 2015 (12 semanas), teve como resultado central a melhoria na atenção à saúde da pessoa idosa.

A atenção qualificada a esses usuários foi alcançada pela integração de toda a equipe de saúde que recebeu uma capacitação nas primeiras semanas da intervenção, de acordo com o cronograma participaram todos os membros da equipe, médica, enfermeira, técnica em enfermagem e ACS (agentes comunitários de saúde). Todos apoiaram a intervenção e aplicaram seus conhecimentos segundo as atribuições comuns à todos e específicas, os atendimentos foram realizadas no CAIS, exceto as visitas domiciliares que muitas delas foram feitas na unidade móvel da equipe ou em transporte disponibilizado pela secretaria de saúde. A intervenção foi baseada no protocolo da pessoa idosa do Ministério da Saúde do ano 2006. As atividades feitas dentro e fora da unidade tiveram um bom resultado.

Após a intervenção, melhorou a cobertura dos Idosos. O objetivo era ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso para 80%. Ao término da intervenção conseguimos cadastrar a 128 idosos (43,8%), mesmo com todo o desempenho da equipe não conseguimos atingir a meta pactuada. No início da intervenção detectamos que os idosos nunca haviam sido avaliados conforme o preconizado pelo protocolo da pessoa idosa e começamos a intervenção com o propósito de melhorar a qualidade do cuidado.

Faz-se necessário esclarecer que no início tínhamos a equipe de saúde completa, até com 5 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e eles fizeram um grande esforço para o cadastramento de toda a área de abrangência. Depois foi afetado nosso serviço por falta de gestor de saúde, enfermeiro, dentista e tivemos alguns dias sem técnico de enfermagem por licença de maternidade e problemas com odontólogo por doença, mas com ajuda das ACS conseguimos não interromper a intervenção mais pessoal de enfermagem do CAIS. Em fim foi realizado o trabalho por toda a equipe que ajudou a fazer a intervenção e cadastramento dos usuários.

Estes resultados evidenciam que os Idosos, agora, consultam em um dia específico a través de demanda programática para todas as quintas feiras. Os ACS foram um pilar importante no trabalho de divulgação e cadastramento da população.

A intervenção contribuiu para a realização do exame clínico, de laboratório, avaliação Multidimensional e avaliação de riscos e identificar novas doenças na população como Diabetes Mellitus, Cardiopatias, Anemias, síndromes metabólicas, Doenças vasculares. Encaminhamos os casos necessários para avaliação por especialista. Foi de utilidade a aplicação da estratificação de risco, isto é, o escore de Framingham para o seguimento dos usuários a classificação de risco para priorização de atendimentos ademais de conhecer em os usuários o risco cardiovascular.

Quanto à qualificação do cuidado pactuamos a meta de 100% de Idosos cadastrados, realizassem os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Ao final da intervenção conseguimos que 100% realizassem os exames complementares, que 78 (60,9%) dos idosos fizeram a primeira consulta odontológica programáticos. Dos 128 só 88 (68,8%) dos idosos pegam os medicamentos na farmácia popular, outros preferem comprar más não relevaram os motivos, não ficando claro desta decisão. Também não contamos com estoque suficiente medicação para suprir suas necessidades.

Destacamos que o registro dos usuários melhorou, com esforço de toda a equipe, conseguimos melhorar a qualidade dos atendimentos assim como seus acompanhamentos, também para facilitar as informações dos dados no SIAB, propusemos criar prontuários por famílias e não individuais identificamos os idosos já cadastrados nos prontuários clínicos mediante uma marca de cor amarelo, para melhor organização.

De forma positiva além das dificuldades podemos comparar com o andamento da intervenção que a qualidade na atenção aos Idosos melhorou muito, já é de seu conhecimento a periodicidade nos retornos para reavaliar exames complementares, seus estilos de vidas estão sendo modificados com dietas mais saudáveis e com a prática de exercícios físicos, tudo isto graças a orientações individuais e coletivas no acolhimento dos usuários em cada atendimento.

Uns dos problemas encontrados foi o grande número de idosos com obesidade de acordo com seu IMC encontra se classificados em sobrepeso e obesos, pelo que informamos neste relatório para o gestor a falta de nutricionista pelo que precisa se contratar um nutricionista por parte da gestão municipal, além disso, temos que fazer mais atividades educativas de alimentação saudável na comunidade, para isso é preciso de nossa gestão com o secretário de saúde mais a colaboração do conselho municipal de saúde, que estão relacionados com nosso trabalho, falta ainda inter-relação e intersetorialidade. Para melhorar a qualidade de vida dos idosos seria importante a Secretaria de Saúde disponibilizar como apoio para a equipe um professor de educação física.

Outro grande problema que enfrenta o município são os encaminhamentos aos especialistas, tem que ser fora do município muito distante, as referencias são Porto Alegre e Rio Grande.

Já hoje os idosos são avaliados conforme o preconizado pelo protocolo da pessoa idoso tal como fizemos durante a intervenção com o propósito de melhorar a qualidade deles como pessoas da terceira idade, nosso propósito é que eles saibam envelhecer com saúde. É por isso que nosso trabalho teve uma boa aceitação na comunidade porque nosso maior empenho deve ser continuar trabalhando para melhorar a atenção integral as pessoas Idosas, infelizmente não é viável em nosso contexto pelo trabalho itinerante da equipe, mas estou satisfeita com os resultados obtidos.

Por último a recomendação mais importante para solucionar todas as deficiências encontradas durante a intervenção é a construção de uma UBS para o bem estar da população em geral.

6 Relatório da intervenção para a comunidade.

Senhores (as) usuários (as)

Nós vamos apresentar à comunidade os resultados da intervenção de nosso projeto de Intervenção, período de duração de 3 meses de intervenção, que deu início em dezembro com a divulgação e logo a intervenção desde Abril de 2015 até Junho de 2015.

Desde o início observamos que ia ser difíceis atendimentos dos Idosos, mas em sua maioria, porque além de serem muitos os que procuravam o ao médico os atendimentos eram por demandas espontâneas, chegavam à unidade de saúde descompensados, sem tratamento certo e sem reavaliação por médicos de Atenção Primária à Saúde, ou seja, não tinham acompanhamento e os prontuários não tinham dados suficientes para orientar o médico do estado de saúde dos usuários. Eles eram confeccionados individualmente e não por famílias, Os tratamentos não estavam atualizados. Então, chegamos à conclusão, que os Idosos em nosso município tinham que ser o motivo essencial da intervenção.

Realizamos o projeto em 12 semanas porque o tempo foi curto, mas, isso foi suficiente para melhorar a cobertura dos Idosos. O objetivo foi ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso para 80 %. Durante a intervenção conseguimos cadastrar a 128 idosos (43,8%), mesmo com todo o desempenho da equipe não conseguimos atingir a meta pactuada.

É necessário esclarecer que ao início tínhamos a equipe de saúde completa, até com cinco Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e eles fizeram um grande esforço para o cadastramento de toda a área do CAIS. Depois foi afetado nosso serviço por falta de gestor de saúde, enfermeiro, dentista e tivemos alguns dias sem técnico de enfermagem por licença-maternidade e problemas com odontólogo por doença, mas com ajuda das ACS mais pessoal de enfermagem do

CAIS conseguimos não interromper a intervenção. Foi realizado o trabalho por toda a equipe que ajudou uma intervenção no cadastramento e acompanhamento dos idosos.

A intervenção contribuiu para a realização do exame clínico, de laboratório, avaliação Multidimensional e avaliação de riscos e identificar novas doenças na população como Diabetes Mellitus, Cardiopatias, Anemias, síndromes metabólicas, Doenças vasculares. Encaminhamos os casos necessários para avaliação por especialista. Foi de utilidade a aplicação da estratificação de risco, isto é, o escore de Framingham para o seguimento dos usuários a classificação de risco para priorização de atendimentos, além de conhecer em os usuários o risco cardiovascular.

Uns dos problemas encontrados foi o grande número de usuários excesso de peso de acordo com seu Índice de Massa corpórea encontra se classificados em sobrepeso e obesos, precisamos implementar estratégias neste sentido já que não contamos no município com a presença de nutricionista ,fizemos atividades de educação para a saúde mediante palestras de forma individual e coletiva incentivando a importância dos adequados hábitos alimentares assim como a prática regular de exercícios físicos precisamos realizar mais atividades educativas de alimentação saudável na comunidade mas para isso é preciso de nossa gestão com o secretario de saúde mais a colaboração do conselho municipal de saúde do município como apoio de um educador físico para melhorar a qualidade de vida.

As atividades de recreação e entretenimento para este grupo etário foram feitas no Centro de Referência de Assistência Social(CRAS) um dia da semana com psicóloga e com muito boa aceitação, estes são trabalhos de atividades manuais de cultura como grupos musicais.

Nosso maior empenho deve ser continuar trabalhando para melhorar a atenção integral as pessoas Idosas, pelo que já forma parte da rotina de trabalho, estou satisfeita com os resultados obtidos. Seria importante solicitar o apoio da comunidade para contribuir com a equipe para melhorar a qualidade de vida formando promotores de saúde da comunidade para nos ajudarem e colaborem, assim conseguiremos melhorar o acesso e a qualidade de vida da população.

7 Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem

Sou médica graduada na universidade de ciências médicas de Camaguey faz 16 anos. Como médica especialista em medicina geral integral tenho 11 anos, durante tudo este tempo trabalhando nas comunidades rurais, primeiramente em meu país natal Cuba, e depois na irmã República Bolivariana de Venezuela por 5 anos, no programa Bairro Adentro como médica da comunidade.

Minha chegada ao Brasil foi em Janeiro de 2014, com acolhimento de curso de idioma Português, minhas expectativas sobre o curso foram muitas. Primeiro o domínio do idioma me preocupava muito, pois nossa língua materna é Espanhol, com medo de não conseguir boa comunicação com a população Brasileira. Fiquei perdida com o cadastro na UFPEL, pois era curso online e não teve ajuda nem assessoramento para cadastrar morando num município sozinha onde sou a única médica que estava no Programas Mais Médicos. Os primeiros meses foram muito difíceis, para confecção das tarefas me dei conta que eu não tinha as condições de trabalho para fazer as tarefas segundo o estabelecido pelo curso, disponibilidade de internet foi uma delas, só tinha uma tablet e terminei por comprar um notebook só para o curso, pois era impossível realizar as atividades pelo tablet.

Os primeiros feedback das tarefas tinha que corrigir muitas vezes por causa da escrita em espanhol. Além disso, foi difícil obter os dados que solicitavam, algumas pessoas colaboravam na equipe ,mas outras vezes não. Tive o apoio da orientadora muito compreensível com apoio emocional consegui dar continuidade no curso que estava em perigo de desistir pela dificuldade encontrada que foi para mim achar um jeito de fazer a intervenção, mas foi uma experiência que levo muito positiva. O Curso de especialização foi importante para compreender as diretrizes do Ministério de Saúde, a universalidade, a integralidade, equidade e descentralização do SUS. Acredito que do jeito que foi planejado o curso está muito legal, com adequada pedagogia e de fácil acessibilidade, Aprendi como podia funcionar a equipe itinerante em que e atuo ,gostaria ter uma estrutura física para o

desenvolvimento adequado da equipe, mas com a construção de uma UBS poderíamos melhorar nosso trabalho, o acolhimento dos usuários, a prática de atividades de promoção de saúde, assim como o curso nos ajudou os comparamos com a Análise Situacional em APS em nosso país que além de não ser o modelo conseguimos caracterizar a população os principais problemas que encontramos a partir de essa caracterização e levar a intervenção baseados em essa deficiência para o benefício da pessoa, família e comunidade. Achei interessante fazer os casos interativos, Os estudos da prática clínica nos obrigavam a estudar quase diariamente, assim como as trocas de idéias entre os participantes.

O acompanhamento do curso foi feito pela orientadora Andressa quem considero e respeito muito assim como Gabriela que assumiu depois, também agradeço a Lavínia, pois sempre teve solidária de meu estado de saúde, assim como as dificuldades que tive no andamento do curso, todas elas explicavam todo o tempo como devíamos fazer as tarefas, as principais dificuldades que tínhamos e como corrigir para finalmente apresentar o TCC. É importante agradecer sua paciência com tanta dedicação que contribuiu para a melhoria da aprendizagem.

Acredito que esta aprendizagem é importante para todo profissional já que possibilitou conhecer as diretrizes do SUS, o modelo de atenção da Estratégia de Saúde da Família, assim como a integração das ações de promoção e prevenção de saúde em APS. Foi uma experiência maravilhosa já que enriqueceu os nossos conhecimentos.

Referências

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

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

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

Anexos

Anexo C- Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^fa Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

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

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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