

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



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa na USF Preventório, Rio Branco/
AC**

Antônio Silva de Castro

Pelotas, 2016

Antônio Silva de Castro

**Melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa na USF Preventório, Rio Branco/
AC**

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

Orientador: Ailton Gomes Brant

Pelotas, 2016

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

C355m Castro, Antônio Silva de

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na USF Preventório, Rio Branco/ AC / Antônio Silva de Castro; Ailton Gomes Brant, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

81 f. : il.

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

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

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico aos meus filhos, fonte de inspiração para ser um pai melhor.

À memória da minha mãe, mulher guerreira que encontrou em mim a vocação de médico.

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus, sem a fé que lhe professo não conseguiria nada.

Agradeço à minha equipe de saúde, parceiros sem igual que decidiram me ajudar nesta contenda.

Agradeço aos meus queridos velhinhos por ter-me deixado entrar nas suas vidas e lhes oferecer a qualidade de atendimento e saúde que merecem.

Resumo

CASTRO, Antônio Silva de. **Melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa na USF Preventório, Rio Branco/AC**. 2016. 80f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

Com o aumento da expectativa de vida da população brasileira, a sociedade necessita de várias adequações, principalmente na área da saúde, a qual deve estar preparada para melhor acolher e cuidar desse grupo populacional. Pensando nisso e sabendo que a Atenção Primária à Saúde (APS) deve oferecer ações de promoção da saúde, prevenção da doença e reabilitação, foi desenvolvida uma intervenção na Unidade de Saúde da Família (USF) Preventório, no município de Rio Branco/AC, que teve como objetivo melhorar a atenção à saúde do idoso. A intervenção contemplou os eixos de organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, qualificação da prática clínica e engajamento público. Assim, no período de 12 semanas, observou-se que houve um aumento da cobertura do programa, alcançando 100% de cobertura da população idosa assistida pela unidade, o que representa um total de 259 pessoas acima dos 60 anos. Além do aumento da cobertura, as ações propostas ainda permitiram: melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde, melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso, mapear os idosos de risco da área de abrangência. De modo geral, foi possível alcançar excelência no cuidado a este grupo, de modo que, todos os idosos receberam Avaliação Multidimensional Rápida e exame clínico apropriado, foram avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico e foram orientados quanto à importância de manterem hábitos de vida saudáveis. Observou-se que se faz necessário assistirmos, de forma mais qualificada, as pessoas com idade acima de 60 anos, tendo por finalidade prevenirmos, precocemente, condições e doenças que atentam contra o desenvolvimento saudável e adequado do idoso ou atenuar as consequências dessas condições e com isso continuar aumentando a qualidade de vida destas pessoas.

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

Lista de Figuras

Figura 1-	Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na UBS.....	58
-----------	---	----

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS -	Agente Comunitário de Saúde.
APS -	Atenção Primária à Saúde.
CAB-	Caderno da Atenção Básica.
CAD-	Centro de Apoio Diagnóstico
CAP-	Caderno de Ações Programáticas
CEO-	Centro de Especialidades Odontológicas
CI -	Cardiopatia Isquêmica
CSPI-	Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa
DM -	Diabetes Mellitus
EaD-	Educação a distância
ESB -	Equipe de Saúde Bucal.
ESF -	Estratégia Saúde da Família.
HAS -	Hipertensão Arterial Sistêmica.
HOSMAC-	Hospital de Saúde Mental do Acre
LACEN-	Laboratório Central
MS -	Ministério da Saúde.
NASF-	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS-	Organização Mundial da Saúde
PMMB-	Programa Mais Médicos Brasil
PCCU -	Preventivo de Câncer de Colo de Útero.
PS -	Pronto Socorro.
SEMSA -	Secretaria Municipal de Saúde.
SESACRE-	Secretaria Estadual de Saúde do Acre
SUS -	Sistema Único de Saúde.
UBS -	Unidade Básica de Saúde.
UFPEL-	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS-	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
UPA -	Unidade de Pronto Atendimento.
URAPS -	Unidade de Referência da Atenção Primária de Saúde.
USF-	Unidade Saúde da Família

Sumário

Apresentação	09
1 Análise Situacional	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	11
1.2 Relatório da Análise Situacional	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	19
2 Análise Estratégica	21
2.1 Justificativa	21
2.2 Objetivos e metas	21
2.2.1 Objetivo geral	22
2.2.2 Objetivos específicos e metas	22
2.3 Metodologia	22
2.3.1 Detalhamento das ações	24
2.3.2 Indicadores	43
2.3.3 Logística	50
2.3.4 Cronograma.....	53
3 Relatório da Intervenção.....	54
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	54
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	54
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	56
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	56
4 Avaliação da intervenção.....	57
4.1 Resultados.....	57
4.2 Discussão	67
5 Relatório da intervenção para gestores	70
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	72
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	74
Referências	76
Anexos	77
Anexo A – Documento do Comitê de Ética.....	78
Anexo B – Planilha de coleta de dados	79
Anexo C - Ficha-espelho	80

Apresentação

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

O trabalho foi constituído por uma intervenção em campo realizada com a participação do profissional no Programa Mais Médicos Brasil (PMMB) e foi escolhida dentre as ações programáticas a saúde da pessoa idosa, por se tratar de uma temática de grande impacto com magnitude nacional e mundial, considerada uma problemática com o aumento da expectativa de vida. O volume está organizado em sete partes, de forma que, na primeira realiza-se uma Análise Situacional, como ponto de partida importante e necessário para apropriação do cenário no qual seria proposta a implementação do projeto.

A segunda parte possui a Análise Estratégica contendo os elementos principais do projeto de intervenção construído com foco na área programática escolhida. Constam os objetivos, as metas a serem alcançadas, a metodologia, as ações propostas, os indicadores, logística e cronograma. A terceira parte descreve o Relatório de Intervenção, trazendo elementos como as ações que foram desenvolvidas, aquelas que não foram desenvolvidas, além de expor as dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados e avaliação da incorporação efetiva da intervenção à rotina de trabalho na unidade.

A Avaliação da Intervenção aparece na parte quatro, detalhando elementos como os resultados com as respectivas reflexões e análises a partir de gráficos

correspondentes aos indicadores de saúde. A quinta parte e a sexta se referem, respectivamente, aos relatórios desenvolvidos para serem apresentados aos gestores e à comunidade. Na sétima e última parte está a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Finalizando o volume, estão as referências utilizadas e os anexos do volume.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Desde o meu começo no PMMB, fui lotado para trabalhar na Unidade Básica Saúde (UBS) “Preventório”, no município de Rio Branco, aqui na capital do Acre. Estruturalmente, a minha unidade enquadra-se dentro dos padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde (MS), sendo uma unidade de porte I, que dá cobertura médico assistencial e odontológica para uma população de pouco mais de 3500 pessoas.

A construção da UBS Preventório foi direcionada para possibilitar um fluxo entre os serviços e os usuários, sendo que possui três consultórios, o primeiro deles do médico, ou seja, eu; segue o consultório da enfermeira que é utilizado também para realizar o exame preventivo para câncer de colo de útero (PCCU) e depois o consultório do dentista com todos os seus instrumentos. Essas áreas possuem as condições necessárias sejam pela mobília, pela climatização ou pelos insumos médicos para complementar as consultas (balança antropométrica, maca para usuários, lâmpada, negatoscópio e pia para desinfecção após exames)

Antes de chegar aos consultórios, existe uma recepção e sala de acolhimento, onde a nossa equipe recebe os usuários, escuta as suas demandas, procura ou, no caso que fosse necessário, confecciona prontuários. Aí nesse espaço, pelas manhãs e pelas tardes em cada início do expediente, são oferecidas palestras aos que estão na espera de atendimento, num ambiente climatizado e favorável para o desenvolvimento dessas atividades. Existe uma sala de vacinação que possui as principais vacinas do quadro da atenção básica, onde a técnica em enfermagem atua fundamentalmente; a sala de curativos e procedimentos de enfermagem está contígua desta última e depois está a copa, a sala de esterilização, a sala de almoxarifado, os banheiros, feminino e masculino, para deficientes e/ou

cadeirantes e para os funcionários, por último, o espaço reservado para arquivo e reuniões de equipe. A farmácia, praticamente, dá as boas-vindas aos usuários, pois está bem perto da porta principal, nela dispõem dos remédios fundamentais para o tratamento, controle de doenças agudas e crônicas; embora às vezes possa faltar algum ou outro remédio, geralmente oferecemos o básico. Estamos interconectados com o sistema mediante a internet e telefone, o que facilita a confecção de cartão do Sistema Único de Saúde (SUS) e pesquisa de informações caso fosse preciso.

O processo de trabalho começa cedo, quando às sete horas da manhã abrem as portas para receber aos usuários. Nossa equipe trabalha coesa, permitindo o intercâmbio entre todos os seus membros, favorável para uma boa prestação de serviços e gestão, com qualidade e resolutividade. Os doze agentes comunitários de saúde (ACS), distribuídos entre as micro áreas são os responsáveis pelo primeiro contato direto com as famílias e os membros delas, responsáveis pelo acompanhamento na área de pessoas com doenças crônicas, puericulturas, grávidas, assim como são a ponte entre os usuários e a equipe. Sem eles não conseguiríamos dar conta de tudo, pois eles têm um domínio impressionante das pessoas, sabem de seus problemas, das suas necessidades, ferramentas úteis para um trabalho oportuno.

A comunidade mantém um ótimo relacionamento com a equipe de saúde em geral, participando quando necessário em reuniões que visam estabelecer ações previstas para a melhoria da população.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Rio Branco, capital do Estado do Acre, contabiliza uma população estimada em 336.038 habitantes (IBGE, 2010) e localiza-se próximo ao Rio Acre. No município encontra-se a Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) que computa um total de 88 instituições onde são oferecidos serviços de saúde à população de Rio Branco e outras que moram na região metropolitana. A SEMSA dispõe de cinquenta e três UBS com equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), mais 13 UBS tradicionais; tem disponíveis dois Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e conta com um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). A população do município tem acesso à atenção especializada no Centro “Doutora Cláudia Vitorino”. Existem ainda quatro serviços de atendimento hospitalar: Hospital de Saúde Mental

do Acre (HOSMAC), Hospital Geral de Clínicas de Rio Branco, Hospital Infantil Yolanda Lima e Silva e Hospital Santa Juliana (SEMSA, 2014). A realização de exames complementares está disponível pelo SUS no Centro de Apoio Diagnóstico (CAD), num CAD Imagem localizado no 2º distrito e também através do Laboratório Central (LACEN) (SESACRE, 2014).

A UBS Preventório localiza-se numa região urbana, compreende uma equipe de ESF que tem médico clínico geral, enfermeiro, técnico de enfermagem e 12 ACS, com área de abrangência de atendimento de 3.865 habitantes, segundo informações definidas após contabilização de usuários e famílias por cada um dos ACS da UBS. A população atendida apresenta uma mistura nas raças, sendo ela representada na sua maioria por pardos, brancos, e negros, embora tenha população indígena, mas é numa proporção bem menor já que são poucos e espalhados pelo território.

Em nosso cadastro existe uma população total de 3.865 usuários, 1490 mulheres (38,5%) e 2375 homens (71,5 %), com claro predomínio de homens em relação às mulheres. São 50 os menores de um ano de idade, 24 femininos e 26 masculinos. Na faixa etária de dois a quatro anos são 46 do sexo feminino e 64 do masculino, totalizando 110 crianças. Entre cinco e 14 anos de idade possuímos 518 usuários, 319 feminino e 199 masculino. São 2.928 as pessoas entre 15 e 59 anos de idade, sendo esse o grupo com maior representatividade em relação dos outros e que possui 944 mulheres e 1.984 homens. As pessoas de 60 anos e mais que atendemos somam 259, com 157 mulheres e 102 homens.

A UBS é vinculada ao SUS, utilizando seus protocolos de atendimento na execução de ações de saúde, na prevenção, diagnóstico precoce, reabilitação e tratamento de doenças, assim como, na interação com as famílias na comunidade e na resolução dos principais problemas de saúde que são potencialmente modificáveis.

De forma geral, a UBS é uma construção nova e na sua estrutura possui farmácia, sala de vacinação, consultório odontológico, sala de curativo, sala de esterilização, salas da reunião e arquivo, almoxarifado, copa, banheiros para funcionários e para usuários, sala de recepção e espera. Possui ainda, os consultórios do médico, da enfermeira e sala para realização de PCCU.

Nem tudo é excelente, pois embora tenhamos disponível uma estrutura física boa e “bonita”, não podemos deixar de dizer que alguns implementos médicos necessários dentro dos consultórios não são suficientes, a exemplo da balança para

adultos e para crianças, do aparelho para medir pressão, de otoscópio, dentre outros. Para que isso não interfira nas consultas e no desenvolvimento das atividades, aplicamos como estratégia que na triagem, um enfermeiro supervise e avalie a realização de aferição de pressão arterial e glicemia capilar, assim como as medições antropométricas dos usuários e das crianças que irão à consulta conosco.

O desenho que tem a UBS permite acesso a toda população, pois nela foi respeitado até as necessidades dos portadores de algum tipo de deficiência. As informações são oferecidas aos usuários desde sua chegada à unidade em busca de atendimento e dos serviços que são disponibilizados, fazendo o acolhimento de todos, o que possibilita um atendimento mais completo.

Temos como estratégias disponibilizar as informações relacionadas nos prontuários quando requeridas pelos usuários para levar a outros níveis de atendimento e outros especialistas, confecção de Cartão do SUS na hora e aumentar o número de atendimentos domiciliares aos acamados e deficientes fundamentalmente. Capacitam-se aos ACS para o desenvolvimento de palestras nas comunidades.

Dentro das atribuições da ESF, além dos serviços médicos, de enfermagem e outros, estão a realização de encaminhamentos de forma detalhada sempre descrevendo cada aspecto que o profissional achar significativo e possa ajudar no diagnóstico do especialista. Entretanto, muitas vezes temos apresentado dificuldades na hora de dirigir o atendimento para outras especialidades, sendo isso um dos principais problemas, pois acontece que existe muita demora na chegada da data de consulta e sempre são os usuários que dependem de uma avaliação por especialista para decidir conduta a seguir, isso acontece pela superlotação que tem o SUS nas principais consultas especializadas e no processamento dos resultados dos exames complementares no CAD e no LACEN. A fim de amenizar a questão da demora na realização de exames, que inevitavelmente acontece, nós tentamos, baseando-nos em nossos conhecimentos e experiências profissionais, propor um plano terapêutico a fim de que ele não fique tanto tempo sem tratamento enquanto aguarda resultados de exames. Baseados em dados clínicos, realizamos diagnósticos e deixamos o resultado do laboratório para ratificar ou alterar a conduta terapêutica, quando necessário.

Nossa equipe tem desenhada uma estratégia para tentar diminuir as quantidades de encaminhamentos e está na identificação precoce,

acompanhamento, pesquisa daqueles portadores de doenças crônicas que podem evoluir com complicações que são da competência de especialidades hospitalares. Daí a importância quanto à intensificação das ações de vigilância junto à comunidade, sobretudo para os usuários com doenças crônicas diagnosticadas e atendidas pela ESF. Dessa forma, cumprimos com uma das mais importantes atribuições da atenção básica, no sentido da sua resolutividade diante dos principais problemas de saúde que acometem a população.

Nossa UBS tem buscado estratégias que oportunizem a atenção à demanda espontânea, que nem sempre ultrapassa a disponibilidade de atendimento, pois geralmente acontece no horário da manhã e são poucos os casos, já que quando se faz uma análise da rede de atenção disponível, temos certa proximidade com o Centro de Saúde, dois URAPS (Unidade de Referência à Atenção Primária de Saúde), mais duas UPA (Unidade de Pronto Atendimento) e o PS (Pronto Socorro). Isto, junto à percepção que a população tem, contribui para que não exista nenhum excesso de demanda espontânea no nosso serviço. Além disso, existe uma estratégia para atender possíveis excessos, baseada num sistema de acolhimento com classificação de risco.

Garantir um ótimo desenvolvimento da criança é uma das prioridades da saúde no país, sendo assim que a equipe que faz o acompanhamento é treinada especialmente para fornecer um atendimento integral, sendo capazes de identificar problemas oportunamente e atuar precocemente e de forma efetiva. Na nossa UBS são acompanhadas um total de 50 crianças, o que equivale a 100% de cobertura segundo as estimativas do Caderno de Ações Programáticas (CAP) disponibilizado pelo curso. Mais de um 85% comparecem e participam sistematicamente das atividades por nós oferecidas no âmbito da unidade, o que significa boa adesão da população da comunidade, sendo nossas ações reconhecidas pela qualidade que apresentam e parabenizadas pela SEMSA, sendo possível manter um serviço de qualidade, no âmbito da Saúde da Família.

Nossas consultas às crianças são baseadas nos protocolos disponibilizados pelo MS para este público-alvo, que permitem sua utilização para avaliar crescimento e desenvolvimento. São realizadas ainda ações de educação em saúde junto aos pais e outros familiares que desejem. As ações feitas respondem ao cronograma que de forma programática é desenvolvido e monitorado, apoiados pelos ACS que frequentemente realizam visitas nos domicílios de cada família,

fazendo uma pesquisa das condições, intervenções e ações que as famílias realizam a fim de garantir a saúde da criança. Importante citar aqui que é ofertado o serviço de vacinação, em correspondência com a faixa etária. Nosso desafio para a saúde da criança é que, após a realização de todas as atividades fornecidas e ações realizadas, os pais e familiares saibam o que fazer, como sua criança vai se desenvolver, como identificar precocemente alterações seja na saúde ou no seu comportamento e assim garantir desenvolvimento e crescimento saudáveis.

Com relação ao pré-natal, realizamos o acompanhamento de 15 gestantes residentes na área, representando 100% de cobertura. São utilizados os protocolos para este grupo populacional e as ações são periódicas e sistemáticas. As ações têm contribuído para que as grávidas sejam incorporadas às atividades planejadas pela ESF especialmente para elas, onde recebem orientações em palestras, fazem atividades próprias da sua condição, o que contribui para o empoderamento delas e de suas famílias, com uma preparação adequada para a futura chegada de um membro que necessita de amor, dedicação e muito carinho.

Nossa equipe direciona atendimento também às puérperas, seguindo assim a evolução delas após nascimento do seu filho. Atualmente, oferecemos acompanhamento a 41 usuárias, o que representa 82% e nos indica que precisamos melhorar a qualidade dos registros, já que o número de mulheres que fizeram consulta de puerpério nos últimos 12 meses deveria ser igual ao número de crianças menores de um ano de idade. Importante ressaltar que existem registros específicos de ações programáticas que complementam os protocolos de atuação e servem para avaliar o todo. Não se pode deixar de mencionar a participação do dentista e do ginecologista, este último como convidado às sessões, o contribui na qualidade das atividades e complementa sua realização.

Neste século virou como uma principal causa de morte o câncer, acometendo quase que de forma igual os dois sexos, mas são as mulheres as mais afetadas, já que tem o risco de padecer de Câncer de Colo de Útero e câncer de Mama. Embora os homens também possam ser acometidos pelo câncer de mama, é mais infrequente, o que não quer dizer que possam ser esquecidas as atividades direcionadas para eles também (BRASIL, 2013). Na UBS Preventório, baseados nos protocolos estabelecidos e de forma regular e programática, são desenvolvidas ações na prevenção e diagnóstico precoce dessas doenças que tanto afetam as mulheres.

Disponibilizamos para a população o serviço de PCCU, que é feito no período da tarde. Para ele, existe um registro específico onde são analisados os dados estatísticos das consultas e ações desenvolvidas. Temos um total de 998 mulheres entre 25 e 64 anos de idade (100% de cobertura), sendo que 893 mulheres (89%) estão com exame em dia. São feitas ações de promoção pela ESF para dar conhecimento às usuárias sobre quais são os fatores de risco e quais são os achados que podem ser suspeitos, devendo procurar pelo atendimento especializado o mais rápido possível.

Em relação às ações desenvolvidas na prevenção do câncer de mama, temos um total de 334 mulheres entre 50 e 69 residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de mama, ou seja, 99% de cobertura se levarmos em consideração as 338 estimadas pelo CAP. É aplicado o protocolo estabelecido e utilizado o manual de procedimentos que existe para esta doença e até encerrarmos o preenchimento das informações no CAP haviam-se realizado 275 mamografias de 334 previstas em mulheres de 50 a 69 anos de idade da nossa população, isso representa 82%. Realizamos palestras sobre a importância que tem o autoexame de mama como indicador precoce da aparição de algum tipo de lesão ou caroço nas mamas. As atividades têm recebido a aprovação dos usuários do SUS e o trabalho feito pela enfermagem e pelos médicos é importantíssimo, já que, em tese, são os profissionais mais preparados nesse tema. Ainda temos de intensificar tais atividades como aquelas de promoção, as palestras e as oficinas, incluindo ações durante as visitas domiciliares. Se for possível, nestas últimas realizar o exame de mama por profissionais na sua própria casa, aproveitando cada espaço, pois o câncer não é somente um problema de quem adoece, sendo uma condição que afeta toda a família, com consequências para a comunidade e a sociedade como um todo.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM), duas das co-morbidades que mais afetam a população em geral, tem um atendimento diferenciado em nossa UBS. Quando preenchido o CAP, colocamos que em nosso cadastro existem 279 usuários com hipertensão (71% dos 393 estimados) e mais de 80% estão com acompanhamento em dia, assim como outros indicadores de qualidade.

Em relação aos portadores de DM existem registrados 127 pessoas que sofrem desta patologia (97% de cobertura) e 93% (127 usuários) estão com

realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico. As ações não somente procuram monitorar os parâmetros em cada um, aliás aproveitamos os encontros para fornecer conselhos para mudar seus estilos e modos de vida. Na consulta oferecida pelo clínico geral, é feita uma avaliação baseada nos informes feitos no atendimento anterior, buscando um acompanhamento adequado e atenção integral do usuário. Importante dizer que as normativas e protocolos usados são os que disponibilizam a SEMSA para este tipo de atendimento, ou seja, os manuais do MS. O usuário recebe o tratamento que é fornecido pela farmácia em correspondência às suas necessidades e eficácia da medicação.

A avaliação nesse aspecto é positiva, pois se cumprem cada uma das pautas do protocolo de atendimento. As maiores dificuldades são o abandono e as mudanças que os usuários fazem às vezes sem a aprovação do médico, para isso nós adotamos como estratégia que periodicamente e sem aviso seja supervisionado o usuário na sua casa pelo ACS e daí conheceremos realmente a situação. Nosso maior desafio é diminuir a quantidade de usuários que evoluem para estas doenças, buscando-se atuar de forma preventiva, já que a intensificação nas ações de promoção, mutirões de ações médicas e de enfermagem, na vinculação à prática sistemática de exercícios físicos e uma dieta balanceada contribuem para evitar a aparição dessas doenças. Obviamente, que nosso maior papel está na prevenção.

A expectativa de vida da população a cada vez é maior, dessa forma, um dos objetivos mais importantes que temos, é garantir à população idosa atendimento de qualidade e oferecer ações em saúde que contribuam para melhorar a qualidade de vida deles. De acordo com o CAP estima-se que existam na nossa área de abrangência 259 pessoas com 60 anos e mais de idade, mas apenas 193 (75%) são acompanhados. Embora a cobertura não esteja tão baixa, os nossos indicadores de qualidade precisam ser melhorados, pois somente nem todos possuem Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (CSPI) ou estão com avaliação de risco para morbimortalidade e apenas 51% (100) estão com avaliação de saúde bucal em dia.

O idoso, além das alterações fisiológicas próprias dessa fase da vida, terminam por serem acometidos muitas vezes por uma grande quantidade de doenças crônicas como HA, DM, Cardiopatia Isquêmica (CI) e outras mais. É responsabilidade da ESF intensificar as ações, atuar de forma preventiva e por essa razão temos feitas atividades de promoção direcionada à população idosa, dentre elas estão as palestras sobre os principais problemas da idade e coisas normais que

acontecem como evitar quedas e a importância de não consumir medicamentos sem indicação médica. Todas estas ações são embasadas em protocolos disponibilizados pela SEMSA e seu monitoramento é feito em atividades de consulta programática e em vistas domiciliares. Nessas atividades participam os familiares destes usuários porque o envelhecimento não é só responsabilidade de todos, da equipe de saúde e, igualmente, da família do idoso. As ações de saúde são planejadas periodicamente e contam com a presença do médico, enfermeiro e ACS além dos professores de educação física que se juntam à equipe para trabalhar.

Em relação à saúde bucal, embora estejamos um pouco limitados pela falta de insumos, mesmo assim, a média de procedimentos teve um bom resultado, desde que sabemos que a variação existente entre 0,4 e 1,6 é ideal e nós temos 0,7. Em relação à primeira consulta odontológica, em grupos populacionais prioritários (pré-escolares, escolares, gestantes e idosos) o comportamento esteve dado numa porcentagem de 62%, 65%, 77% e 40%, respectivamente, sendo possível perceber que os mais afetados aqui são os idosos. A atenção à saúde bucal tem muito a ver com os esforços da SEMSA em garantir os insumos, pois já possuímos o pessoal qualificado. É gerenciada certamente a utilização deles pela ESF o que possibilita estabelecer certa prioridade de atenção aos grupos específicos e desenvolver atividades de promoção e prevenção em saúde.

Enfim, para desempenharmos uma boa assistência, temos como pontos positivos os fatos de possuímos equipe completa e contarmos com o apoio do NASF. Assim, realizamos muitas atividades em prol de criar bases para um atendimento de excelência, sei que ainda possuímos desafios a serem superados, mas os meios para chegar até lá já estão sendo postos em prática.

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

Uma vez concluído o relatório da análise situacional posso estabelecer um ponto comparativo em relação ao texto inicial. Possuímos muita relação entre aquelas exigências do MS para a atuação na atenção básica e a maneira na qual desenvolve-se o trabalho na nossa UBS. Se bem é certo que ainda existem pequenas dificuldades, também existe a possibilidade de avançar desde que a equipe continue agindo com coesão e sistematicidade no trabalho.

A Análise Situacional propiciou que nos apoderássemos da realidade de cada aspecto abordado que e isto permitirá a equipe direcionar sua atuação e trabalho sempre para melhorar a qualidade de vida dos nossos usuários. Sou positivo de pensamento quando falo que avançamos por estarmos conseguindo mudar a realidade que havia anteriormente a nossa chegada à UBS. Após realizar o Relatório Situacional, é possível notar que a minha visão sobre cada ação programática foi ampliada, uma vez que hoje consigo enxergar como posso atuar para melhorar os indicadores de saúde e dar à população uma atenção de qualidade.

Oferecer serviços de saúde de qualidade, cuidar dos usuários e suas famílias e possibilitar educação em saúde constante na comunidade são prioridades que defendemos. Aperfeiçoar-nos constantemente no propósito de melhor qualidade de atendimento para grávidas, para as crianças, para aqueles doentes crônicos, para os idosos é a nossa premissa. O comprometimento da equipe com a saúde do próximo impulsiona um serviço de qualidade, assim como o amor com o qual trabalhamos. Ainda existem pontos fracos, elementos que devem ser reforçados, mas que no fundamental estão relacionados com a gestão local de saúde que precisa garantir os recursos.

Nosso compromisso com a causa do SUS é defender seus princípios na atenção básica; construindo caminhos que propiciem qualificação nos serviços de saúde e qualidade de atendimento aos usuários.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A saúde da pessoa idosa é uma prioridade para todos os níveis e instituições não só do Brasil como do resto do mundo, envolvendo organizações muito importantes e de alcance global que priorizam ações direcionadas para esse grupo populacional. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu um valioso documento denominado “Carta de Princípios para as Pessoas Idosas”, no qual se fala sobre a independência e participação além da assistência, auto-realização e dignidade da pessoa idosa. No nosso país, o governo tem dedicado muitos esforços para garantir esses direitos à população idosa, sendo que a Lei nº 8.842, no ano 1994, define a “Política Nacional do Idoso” (BRASIL, 1994). Na Atenção Primária à Saúde (APS), espera-se oferecer à pessoa idosa e à sua rede de suporte social, uma atenção humanizada com orientação, acompanhamento e apoio domiciliar, com respeito às diversidades do processo de envelhecimento, às culturas locais e à diminuição das barreiras arquitetônicas de forma a facilitar o acesso aos serviços (BRASIL, 2006).

A UBS Preventório localiza-se numa região urbana, com área de abrangência de atendimento de 3.865 habitantes, vinculada ao SUS, utilizando seus protocolos de atendimento na execução de ações de saúde, na prevenção, diagnóstico precoce, reabilitação e tratamento de doenças, assim como, na interação com as famílias na comunidade e na resolução dos principais problemas de saúde que são potencialmente modificáveis. Compreende uma ESF que tem médico clínico geral, enfermeiro, técnico de enfermagem e 12 ACS para possibilitar o atendimento geral para uma quantidade de 776 famílias.

Registra-se no nosso cadastro um total de 259 usuários com sessenta anos e mais, dos quais temos cobertos só 75% (193 usuários), sendo importante e

necessário atingir um maior número deles de maneira que os serviços de saúde sejam oferecidos com qualidade e contribuam para a melhoria da qualidade de vida dos mesmos.

Algumas atividades de saúde já desenvolvidas são: realização de visitas domiciliares aos idosos acamados ou incapacitados; palestras sobre HAS, DM e outras doenças crônicas; orientações sobre hábitos de vida saudáveis. No entanto, existem ações que não são desenvolvidas adequadamente no serviço, como aquelas relacionadas com a avaliação multidimensional rápida, avaliação de risco para morbimortalidade, investigação de indicadores de fragilização na velhice e ações de saúde bucal.

Pretendemos alcançar ao final da intervenção uma cobertura de 100% da população idosa assistida de maneira sistemática e regular à unidade básica de saúde, que compareçam ao nosso serviço e usufruam das ações que são disponibilizados para garantir melhor qualidade de vida. Constitui uma prioridade a realização de atividades de promoção de saúde dentre outras, sendo desse jeito como nos motivamos para mudar a realidade das pessoas idosas que pretendemos desenvolver nosso trabalho direcionado nessa área programática por meio do trabalho em equipe e seguindo os objetivos e metas pactuados.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde da pessoa idosa na UBS Preventório, no município de Rio Branco/AC.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

Objetivo 5: Mapear o risco das pessoas idosas.

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

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde das pessoas idosas.

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na UBS Preventório, município de Rio Branco/AC. Participarão da intervenção todas as pessoas de sessenta anos e mais que façam parte da área de abrangência da UBS. Com relação a cada objetivo específico da respectiva ação programática, buscaremos desenvolver ações em quatro eixos: monitoramento e avaliação, organização e gestão de serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica.

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 100%

Monitoramento e Avaliação

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

Detalhamento: Será responsabilidade do médico supervisionar os ACS que irão monitorar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde com periodicidade mensal identificando e confeccionando um registro para o controle da cobertura dos idosos da área, que possibilite realizar acompanhamento daqueles que assistem regularmente mesmo como identificar faltosos à consulta mediante a revisão do mapa de atendimento do médicos podendo definir e recolher dados de todos sendo futuramente úteis.

Organização e Gestão do Serviço

Ações: Acolher as pessoas idosas; Cadastrar todas as pessoas idosas da área da UBS; Atualizar as informações do SIAB/e-SUS.

Detalhamento: O médico direcionará o trabalho dos ACS para realizar acolhimento na UBS e cadastro dos 100% do total dos idosos da área que ainda ficam fora do nosso alcance para possibilitar assim um melhor atendimento; assim como realizar o correto preenchimento dos dados e das informações estatísticas em relação ao grupo priorizado no qual estamos trabalhando. Esse cadastro será realizado quando compareçam espontaneamente à UBS ou na área pelos ACS mediante visitas.

Engajamento Público

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

Detalhamento: A equipe explicará às famílias e aos próprios idosos em reuniões comunitárias previamente coordenadas mensalmente da importância do seguimento médico e pela ESF para seu acompanhamento; informar à comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde, assim como a criação do grupo de idosos que vise realizar ações de promoção e prevenção de saúde.

Qualificação da Prática Clínica

Ações: Capacitar a equipe no acolhimento as pessoas idosas; Capacitar os ACS na busca das pessoas idosas que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço; Capacitação da equipe da UBS para a Política Nacional de Humanização.

Detalhamento: O médico realizará a capacitação em reunião da equipe na UBS semanal no mês primeiro da intervenção diante a discussão dos protocolos de saúde do idoso e lembrar à equipe as orientações que devem ser fornecidas neles e suas famílias; capacitar os ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço e capacitação da equipe da unidade de saúde quanto ao conteúdo da Política Nacional de Humanização.

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

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

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

Monitoramento e Avaliação

Ações: Monitorar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anual em todas as pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde do Idoso; Monitorar a realização de exame clínico apropriado das pessoas idosas com diabetes cadastradas no Programa Saúde do Idoso.

Detalhamento: O médico conduzirá a monitorização da realização de Avaliação Multidimensional Rápida nas semanas em que acontecerá a intervenção a ser realizada no ambiente da UBS, assim como a realização de exame clínico apropriado das pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Organização e Gestão do Serviço

Ações: Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todas as pessoas idosas (balança, antropômetro, Tabela de Snellen...); Definir as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida das pessoas idosas; Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico das pessoas idosas; Garantir busca as pessoas idosas que não realizaram exame clínico apropriado; Organizar a agenda para acolher as pessoas idosas provenientes das buscas domiciliares. Garantir a referência e contra-referência de pacientes com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades.

Deverá ser garantida pela chefe da UBS os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos as pessoas idosas (balança, antropômetro, Tabela de Snellen), os que deverá solicitar do almoxarifado.

O médico deverá definir as atribuições de cada profissional da equipe, em reunião a ser realizada na primeira semana na UBS, para a Avaliação Multidimensional Rápida das pessoas idosas, no exame clínico e também deverá garantir busca pelos ACS na área daqueles que não realizaram exame clínico apropriado, organizando também na UBS a agenda para acolher as pessoas idosas provenientes das buscas domiciliares. Selecionará e treinará o médico também a três ACS quines serão encarregados de garantir a referência e contra referência de pacientes com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades para seguir acompanhamento.

Engajamento Público

Ações: Orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável. Compartilhar com os usuários as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social. Orientar a comunidade quanto as doenças mais prevalentes entre as pessoas idosas.

Detalhamento: ACS selecionadas na primeira reunião da ESF na UBS no começo das atividades da intervenção irão orientar a comunidade, mediante palestras nas micro áreas, sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável, dessa maneira se irá compartilhar com os usuários as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social e também será orientada a comunidade quanto as doenças mais prevalentes entre as pessoas idosas.

Qualificação da Prática Clínica

Ações: Capacitar os profissionais para o atendimento das pessoas idosas de acordo com o protocolo adotado pela UBS. Treinar a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida. Treinar a equipe para o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas. Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado. Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: O médico em reunião da equipe na UBS no primeiro mês da intervenção deverá capacitar integrantes desta para o acolhimento na recepção da

UBS, cadastramento e atendimento das pessoas idosas de acordo com o protocolo adotado pela UBS, sendo necessário treinar a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida, para o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas e também para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas, sendo estes últimos de execução pelos ACS.

A equipe será capacitada para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares. Buscaremos garantir a solicitação destes exames, principalmente para aqueles idosos que estiverem com os exames atrasados e solicitaremos do gestor municipal uma maior agilidade para a realização dos mesmos, também, estabeleceremos sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados.

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

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

Monitoramento e Avaliação

Ações: Monitorar o número pessoas idosas submetidos a rastreamento para HAS, periodicamente (pelo menos anualmente). Detalhamento: O médico controlará o monitoramento que será feita pelos ACS sobre o número pessoas idosas submetidos a rastreamento para HAS e DM, semanalmente, com análise em reunião da equipe. Monitorar número de pessoas idosas submetidos a rastreamento para DM, periodicamente (pelo menos anualmente).

Organização e gestão do serviço

Ações: Melhorar o acolhimento para as pessoas idosas portadores de HAS. Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde. Melhorar o acolhimento para as pessoas idosas portadores de DM. Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde. Criar sistema de alerta na ficha de acompanhamento para indicador o idoso que provavelmente terá que realizar o hemoglicoteste.

Detalhamento: Deverá ser garantida pela chefe da UBS os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos as

peças idosas (balança, antropômetro, Tabela de Snellen), os que deverá solicitar do almoxarifado.

O médico deverá definir as atribuições de cada profissional da equipe, em reunião a ser realizada na primeira semana na UBS, para a Avaliação Multidimensional Rápida das pessoas idosas, no exame clínico e também deverá garantir busca pelos ACS na área daqueles que não realizaram exame clínico apropriado, organizando também na UBS a agenda para acolher as pessoas idosas provenientes das buscas domiciliares. Selecionará e treinará o médico também a três ACS quines serão encarregados de garantir a referência e contra referência de pacientes com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades para seguir acompanhamento.

Engajamento público

Ações: Orientar a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade. Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS. Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM nas pessoas idosas 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: Os ACS serão responsáveis de orientar a comunidade mediante palestras a ser realizadas nas micro áreas sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade, orientando a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS e sobre o rastreamento para DM nas pessoas idosas com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica. Deverão também falar sobre os fatores de risco para o desenvolvimento destas duas doenças.

Qualificação da Prática Clínica

Ações: Capacitar a equipe da Unidade de Saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito. Capacitar a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em pessoas idosas com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

Detalhamento: Será o médico o responsável em capacitar a equipe no dia da reunião dela na UBS sobre os passos para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e para realização do hemoglicoteste em pessoas idosas com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

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

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

Monitoramento e Avaliação

Ações: Monitorar a realização de exame físico dos pés apropriado para pessoas idosas com diabetes cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa. Monitorar o número de pessoas idosas com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde. Monitorar o número de pessoas idosas com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: O médico e enfermeira da ESF precisarão monitorar semanalmente em consulta na UBS a realização de exame físico dos pés apropriado para pessoas idosas com diabetes cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa, assim como o número de pessoas idosas com exames laboratoriais solicitados e aqueles que já os têm realizado de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

Organização e Gestão do Serviço

Ações: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame físico dos pés das pessoas idosas com diabetes. Garantir busca a pessoas idosas com diabetes que não realizaram exame físico dos pés apropriado. Organizar a agenda para acolher as pessoas idosas com diabetes provenientes das buscas domiciliares. Garantir a referência e contra-referência de pacientes com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades. Garantir a solicitação dos exames complementares. Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo. Estabelecer sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados.

Detalhamento: O médico será responsável em definir atribuições de cada membro da equipe nas reuniões que se efetuarão na UBS e que abordarão o relacionado com o exame físico dos pés das pessoas idosas com diabetes.

Indicará ACS encarregados de garantir busca nas micro áreas às pessoas idosas com diabetes que não realizaram exame físico dos pés apropriado, organizando a agenda para acolher as pessoas idosas com diabetes provenientes das buscas domiciliares aos que lhes solicitará a realização dos exames complementares e a enfermeira em seu papel de coordenadora entrará em contato com o gestor municipal para lhe solicitar agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

ACS escolhidos em reunião da equipe na UBS conferirão mapas de atendimento e a ficha espelho de maneira que possam estabelecer sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados nos usuários que não realizaram esses pedidos.

Engajamento Público

Ações: Orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Orientar os pacientes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares. Orientar os pacientes e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: ACS realizarão atividades educativas e para orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, necessidade de realização de exames complementares e sua periodicidade. Estas atividades serão realizadas na igreja da comunidade e outros cenários ainda por definir e sob supervisão do médico e enfermeira.

Qualificação da Prática Clínica

Ações: Capacitar a equipe para a realização de exame físico dos pés apropriado. Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas. Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: O médico capacitará a equipe em reuniões desta na UBS nas duas primeiras semanas da intervenção, para a realização de exame físico dos pés apropriado e para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas os que devem seguir o protocolo adotado.

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: O médico e enfermeira deverão Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular / Hiperdia.

Organização e Gestão do serviço

Ações: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos. Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: A enfermeira deverá realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos, assim como manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde, isso demandará ter atualizado o registro da Hiperdia.

Engajamento público

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

Detalhamento: Os ACS orientarão à comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Qualificação da prática clínica.

Ações: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes. Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: O médico e enfermeira deverão estar atualizados em relação dos protocolos para tratamento da hipertensão e/ou diabetes, devendo se auto preparar com os manuais disponibilizados pelo MS e possuindo-os ao alcance da mão na UBS de maneira que seja prática a sua consulta caso necessário.

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

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

Monitoramento e Avaliação

Ações: Monitorar o número de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção cadastrados. Monitorar realização de visita domiciliar para pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: Os ACS com orientação do médico deverão monitorar semanalmente o número de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção cadastrados existentes em cada uma das suas áreas para organizar a realização de visita domiciliar para pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

Organização e Gestão do Serviço

Ações: Garantir o registro das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa. Organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: ACS deverão garantir o registro semanal das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa com a finalidade de organizar a agenda de conjunto a equipe em reuniões semanais para realizar visitas domiciliares a pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

Engajamento Público

Ações: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção a Pessoa Idosa da Unidade de Saúde. Orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar. Orientar a comunidade sobre a disponibilidade de visita domiciliar para as pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: Os ACS com a indicação do médico informarão a comunidade mediante oficinas e palestras sobre a existência do Programa de Atenção à Pessoa Idosa da Unidade de Saúde, aproveitando esses espaços também irão orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar e a disponibilidade de visita domiciliar para as pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

Qualificação da Prática Clínica

Ações: Capacitar os ACS para o cadastramento das pessoas idosas acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência. Orientar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar das pessoas idosas acamados ou com problemas de locomoção. Orientar os ACS para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar.

Detalhamento: Será o médico o máximo responsável em capacitar os ACS para o cadastramento das pessoas idosas acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência nas primeiras semanas da intervenção, do mesmo modo em que orientará sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar das pessoas idosas acamados ou com problemas de locomoção para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar

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

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

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

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

Monitoramento e Avaliação

Ações: Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de pessoas idosas. Monitorar número de pessoas idosas cadastradas na Unidade em acompanhamento odontológico no período. Monitorar número de pessoas idosas cadastradas na Unidade com avaliação de alterações de mucosa bucal. Monitorar número de pessoas idosas cadastradas na Unidade com necessidade de prótese dentária.

Detalhamento: O médico se reunirá com o cirurgião dentista com vista a monitorar semanalmente a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de pessoas idosas, número de pessoas idosas cadastradas na Unidade em acompanhamento odontológico, com avaliação de alterações de mucosa bucal e com necessidade de prótese dentária. Reunindo-se com a ESF semanalmente para analisar o comportamento desta ação.

Organização e Gestão do Serviço

Ações: Organizar acolhimento a pessoas idosas na unidade de saúde. Cadastrar as pessoas idosas na unidade de saúde. Oferecer atendimento prioritário às pessoas idosas na unidade de saúde. Organizar agenda de saúde bucal para atendimento das pessoas idosas. Organizar ações conjuntas em campanhas de vacinação para captar pessoas idosas da área não avaliados. Disponibilizar material informativo relativo ao auto-exame da boca. Demandar adequação no consultório dentário para realização da etapa clínica das próteses. Solicitar materiais e equipamentos para confecção e manutenção das próteses dentárias na unidade de saúde.

Detalhamento: Organizarão o acolhimento os ACS selecionados em reunião semanal da equipe na UBS às pessoas idosas, cadastrando-as, coordenando com o profissional de odontologia para lhes oferecer atendimento prioritário às pessoas idosas após organizar agenda de saúde bucal para atendimento das pessoas idosas.

O cirurgião dentista supervisionará o trabalho de acolhimento a ser realizado pelos ACS semanalmente às pessoas idosas na unidade de saúde, monitorando a utilização de serviço odontológico por pessoas idosas da área de abrangência, lhes oferecendo também material informativo relativo ao autoexame da boca.

O cirurgião dentista e o médico junto à enfermeira coordenadora solicitarão materiais e equipamentos para confecção e manutenção das próteses dentárias na unidade de saúde sempre que possível quinzenalmente.

Engajamento Público

Ações: Informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de pessoas idosas. Informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de pessoas idosas e de sua importância para saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na Unidade de Saúde. Esclarecer a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais. Ouvir a comunidade sobre estratégias para captação de pessoas idosas para acompanhamento odontológico. Esclarecer a população sobre fatores de risco e a importância do auto-exame da boca. Esclarecer a população sobre a importância do exame de mucosa pelo profissional de saúde durante a consulta. Esclarecer a população sobre o uso e manutenção de próteses dentárias.

Detalhamento: ACS sob supervisão do cirurgião dentista precisarão informar a comunidade em encontros nas micro áreas quinzenalmente sobre importância de avaliar a saúde bucal de pessoas idosas, sobre atendimento odontológico prioritário de pessoas idosas e de sua importância para saúde geral, sobre a necessidade da realização de exames bucais.

Mensalmente a equipe de saúde, incluído o cirurgião dentista, comparecerão na comunidade para escutar seus critérios sobre estratégias para captação de pessoas idosas para acompanhamento odontológico, aproveitando para esclarecer a população sobre fatores de risco e a importância do autoexame da boca, sobre a importância do exame de mucosa pelo profissional de saúde durante a consulta.

Qualificação da Prática Clínica

Ações: Capacitar a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em pessoas idosas. Capacitar a equipe para realizar acolhimento do idoso de acordo com protocolo. Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de pessoas idosas para o serviço odontológico. Capacitar os ACS para captação de pessoas idosas. Capacitar os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para pessoas idosas. Capacitar a equipe de saúde para identificar alterações de mucosa. Capacitar a equipe de saúde bucal para selecionar os casos com necessidade de encaminhamento para serviços de referência e para tratar os casos de menor complexidade/alta prevalência. Capacitar a equipe para orientar idosos sobre a importância do uso das próteses dentárias

Detalhamento: Serão capacitados pelo cirurgião dentista na primeira semana de realização da intervenção toda a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em pessoas idosas.

O médico e o cirurgião dentista irão capacitar na primeira semana desta intervenção a equipe para realizar acolhimento de acordo com protocolo para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de pessoas idosas para o serviço odontológico, assim como para captação de pessoas idosas.

O cirurgião dentista deverá capacitar a equipe de saúde na primeira semana do mês em reunião ordinária para identificar alterações de mucosa, para selecionar os casos com necessidade de encaminhamento para serviços de referência e para tratar os casos de menor complexidade/alta prevalência.

ACS sob supervisão do cirurgião dentista deverão capacitar a equipe nas primeiras semanas da intervenção na UBS para orientar idosos sobre a importância do uso das próteses dentárias.

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

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Os ACS deverão monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela unidade de saúde, fazendo um controle periódico e frequente sobre os casos das consultas previstas a serem realizadas no centro de saúde em correspondência aos atendimentos adotados pela unidade de saúde.

Organização e Gestão do serviço

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

Detalhamento: Os ACS selecionados e sob o controle do médico irão organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos, desenvolver e programar esquema para controle dos idosos faltosos, assim como organizar a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares, e estabelecer prioridades para o acompanhamento aos idosos provenientes das visitas domiciliares.

Engajamento Público

Ações: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas. Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão das pessoas idosas (se houver número excessivo de faltosos). Esclarecer os as pessoas idosas e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Serão os ACS que irão informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas e de conjunto com o médico em reuniões semanais serão encarregados em planejar atividades de orientação, promoção e prevenção de saúde dirigida às comunidades aos familiares e aos idosos em relação à importância da realização das consultas, considera-se necessário esclarecer os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das

consultas, assim como desenvolver oficinas direcionadas aos idosos e às comunidades onde seja explicada a necessidade e a importância de fazer periodicamente as consultas.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Treinaremos os ACS para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade e capacitaremos para que desenvolvam ações de orientação aos idosos sobre consultas e periodicidade destes.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

Monitoramento e Avaliação

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira da equipe irão monitorar a qualidade dos registros das pessoas idosas acompanhadas na UBS que serão confeccionados pelos ACS e preenchidos na medida em que compareçam às atividades convocadas como parte desta intervenção, assim como monitorar a confecção e preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Organização e Gestão do Serviço

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

Detalhamento: Os ACS serão máximos responsáveis de manter as informações do SIAB atualizadas mensalmente e com a orientação do médico deverão implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento as pessoas idosas, pactuando com a equipe o registro das informações e definindo responsável pelo monitoramento dos registros.

O médico deverá organizar um sistema de registro, que será executado pelos ACS selecionados na reunião da ESF da primeira semana desta intervenção 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.

A enfermeira coordenadora da UBS deverá solicitar ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa mediante o almoxarifado desta.

Engajamento Público

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

Detalhamento: ACS serão responsáveis de orientar a comunidade, mediante palestras e oficinas nas micro áreas quinzenalmente, sobre os direitos das pessoas idosas em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário, além disso se deverá orientar às pessoas idosas e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento: O médico será encarregado de treinar a equipe na primeira semana da intervenção no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento as pessoas idosas, incluindo o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa.

Objetivo 5: Mapear o risco das pessoas idosas.

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

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

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

Monitoramento e Avaliação

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

Detalhamento: ACS selecionados na primeira reunião da equipe no mês primeiro da intervenção deverão monitorar o número de pessoas idosas de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência semanalmente, assim como aquela investigadas para indicadores de fragilização na velhice e avaliação da rede social em todos as pessoas idosas acompanhados na UBS.

Organização e Gestão do Serviço

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

Detalhamento: ACS que atuarão na recepção e acolhimento na UBS e previamente treinados na reunião da equipe deverão priorizar o atendimento a pessoas idosas de maior risco de morbimortalidade, priorizando lhes o atendimento de pessoas idosas fragilizadas na velhice assim como facilitar o agendamento e a visita domiciliar a pessoas idosas com rede social deficiente.

Engajamento Público

Ações: Orientar os pessoas idosas sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco. Orientar as pessoas idosas fragilizadas e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente. Orientar os pessoas idosas 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: Os ACS serão encarregados de orientar as pessoas idosas em reuniões na comunidade quinzenalmente sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco, com ênfase nas pessoas idosas fragilizadas, sobre a importância do acompanhamento mais frequente, sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde.

ACS serão encarregados de estimular na comunidade a promoção da socialização da pessoa idosa aproveitando os espaços de trabalhos em igrejas e escolas e do estabelecimento de redes sociais de apoio.

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento: O médico será responsável de capacitar na primeira semana desta intervenção aos integrantes da equipe para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa, além disso para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice e para avaliar a rede social das pessoas idosas.

Objetivo 6: Promover a saúde das pessoas idosas.

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

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

Monitoramento e Avaliação

Ações: Monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todas as pessoas idosas. Monitorar o número de pessoas idosas com obesidade / desnutrição. Monitorar a realização de orientação de atividade física regular para todas as pessoas idosas. Monitorar o número de pessoas idosas que realizam atividade física regular.

Detalhamento: O médico deverá monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todas as pessoas idosas em

cada atividade educativa proposta a desenvolver como parte das atividades desta intervenção nas quintas feiras na UBS, determinando também o número de pessoas idosas com obesidade / desnutrição.

Os ACS serão responsáveis de monitorar a realização mensal de orientação de atividade física regular para todas as pessoas idosas, em parceria com o educador físico, acompanhando o número de pessoas idosas que realizam atividade física regular no ambiente da UBS onde acontecerão essas atividades.

Organização e Gestão do Serviço

Ações: Definir o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis. 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: O médico deverá definir o papel dos membros da equipe na reunião da primeira semana desta intervenção no papel de fornecer orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, na orientação para a prática de atividade física regular e para realização de atividade física.

Engajamento Público

Ações: Orientar as pessoas idosas, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis. Orientar as pessoas idosas e a comunidade para a realização de atividade física regular.

Detalhamento: Os ACS serão encarregados de orientar mediante oficinas nas micro áreas quinzenalmente direcionadas às pessoas idosas, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis e sobre a realização de atividade física regular.

Qualificação da Prática Clínica

Ações: Capacitar a equipe para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável" ou o "Guia alimentar para a população brasileira". Capacitar a equipe para a orientação nutricional específica para o grupo de pessoas idosas hipertensos e/ou diabéticos. Capacitar a equipe para orientar as pessoas idosas sobre a realização de atividade física regular.

Detalhamento: O médico será a pessoa encarregada para capacitar a equipe na primeira reunião na UBS do primeiro mês desta intervenção, para a promoção de hábitos alimentares saudáveis, para a orientação nutricional específica para o grupo

de pessoas idosas hipertensos e/ou diabéticos e também orientar sobre a realização de atividade física regular.

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

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar as atividades educativas individuais.

Detalhamento: O cirurgião dentista será a pessoa responsável em monitorar as atividades educativas individuais que realizarão de conjunto com os ACS semanalmente na UBS.

Organização e Gestão do Serviço

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

Detalhamento: O médico e o cirurgião dentista serão responsáveis para organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual, indicando aos ACS que realizarão o acolhimento diário sobre essa estratégia.

Engajamento Público

Ação: Orientar as pessoas idosas e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias.

Detalhamento: Os ACS deverão orientar as pessoas idosas e seus familiares em encontros comunitários para tratar o assunto da importância da higiene bucal e de próteses dentárias quinzenalmente.

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento: O médico e o cirurgião dentista deverão capacitar a equipe nas reuniões do primeiro mês desta intervenção para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias.

2.3.2 Indicadores

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 2.3: Proporção de pessoas idosas rastreadas para HAS.

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

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

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

Indicador 2.4: Proporção de pessoas idosas rastreadas para DM.

Numerador: Número de pessoas idosas rastreadas para DM.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de pessoas idosas faltosas às consultas programadas.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 5: Mapear o risco das pessoas idosas.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde das pessoas idosas.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção em Saúde do Idoso na UBS será adotado o Caderno de Atenção Básica: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, nº. 19 (BRASIL, 2006). Realizaremos um registro específico das ações desenvolvidas no âmbito da saúde do idoso através do preenchimento de uma ficha espelho. A ficha espelho tem no seu conteúdo informações recolhidas das consultas agendadas, das visitas domiciliares, vacinação e outras disponibilizadas na caderneta do idoso e nos arquivos do centro de saúde, de modo que seja possível obter dados. Todas elas em seu conjunto irão possibilitar o fornecimento de informações úteis para desenvolver nosso trabalho e a coleta de dados dele vai permitir que pudessem realizar uma ficha com informações gerais e específicas. A responsabilidade do recolhimento das informações será da enfermeira que, semanalmente, observará as fontes acima citadas para tomar os dados que fossem necessários.

De fato, para poder conseguir e ordenar o programa, será analisado o registro de todos os idosos cadastrados no centro de saúde, aqueles que vieram regularmente à consulta e aqueles faltosos ou com consulta atrasada nos últimos meses, utilizando para isso os prontuários, os mapas de atendimento do médico e as cadernetas do idoso. Serão utilizadas as informações neles contidas para avaliar individual e coletivamente cada, o que será feito pela enfermeira e ACS selecionados, possibilitando assim uma primeira avaliação que servirá como início.

Vamos começar com uma análise e estudo do que diz o Caderno de Atenção Básica (CAB) no que se refere ao envelhecimento e saúde da pessoa idosa, sendo esse nosso foco de intervenção e disponibilizaremos um período de duas horas mensalmente. A análise vai ser desenvolvida em consequência aos avanços do trabalho, de modo que cada membro da ESF consiga internalizar a importância dele.

Será aproveitado cada momento tanto dentro da unidade de saúde como fora dele quando são realizadas as visitas. Todo momento de interação e troca com a população idosa é vital. Assim, a coleta de dados e informações se desenvolve como um engajamento contínuo e sistemático para obter os dados necessários.

Os idosos que cheguem ao centro serão classificados segundo seja sua necessidade para estabelecer prioridades: aqueles que cheguem só por rotina de acompanhamento serão agendados no próprio dia, terão prioridade acima dos

demais aqueles cujas situações de saúde possuam estado de descontrole, estou falando de HA e DM descontroladas assim como portadores de deficiências. A ESF vai ser direcionada com enfermeiro, técnico em enfermagem e ACS para que as ações dentro e fora do ambiente do centro se desenvolvam em total normalidade permitindo assim ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 100 %; realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos; realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas; realizar a solicitação de exames complementares; priorizar a prescrição de medicamentos.

Importante ressaltar que, no período de implementação do projeto a este grupo populacional, não poderá ser modificada a rotina de trabalho, que deverá ser tratada como prioridade, reservando vagas para atender um possível aumento na demanda espontânea. Ou seja, o projeto de intervenção, não deve interferir ou prejudicar as demais atividades próprias da rotina diária do serviço.

Constitui de vital importância envolver a comunidade, a família toda nas ações pela saúde do idoso, assim o trabalho é mais integral. Apoiar-nos nas associações de moradores e em outros fatores que levem liderança nas comunidades, sendo que possuímos várias ações de saúde que dependem muito deles pois na procura ativa dos idosos faltosos, a identificação de aqueles que tem risco de morbimortalidade, a identificação dos que possuam fragilidade, garantir conhecimento em relação aos hábitos alimentares, os riscos de acidentes e a prática de exercício físico são algumas delas que precisam ser inseridas na comunidade, na medida em que estamos atuando em saúde de família e comunidade e temos de pensar na integralidade das ações ofertadas.

Com periodicidade definida, o enfermeiro de conjunto ao ACS controlarão os idosos cadastrados e as ações neles aplicadas ou desenvolvidas, checando as cadernetas dos idosos, prontuários e mapas de atendimento do médico, elementos para identificar precocemente se for o caso, algum tipo de problema. A partir de então e após contabilizar, semanalmente, serão buscados os faltosos para correspondentemente ofertar o atendimento diferenciado se necessário, assim como oferecer-lhes horários flexíveis e até a possibilidade de atendimento domiciliar, se for o caso. Uma vez finalizado o mês, o profissional e a ESF terão dados para ir preenchendo na planilha e processa-as.

As ações a serem desenvolvidas como parte da intervenção na saúde do idoso leva por perto a participação da comunidade, fato que ressaltará sua

importância e implantação futura em pós da saúde da população idosa. O esclarecimento e comprometimento das comunidades com as ações irão trazer resultados positivos, pois, além de ser feito o trabalho da ESF vai complementar-se com a participação comunitária que propiciará: primeiro, uma maior conscientização do assunto; segundo, o apoio nas ações como por exemplo a procura ativa de faltosos às consultas, ajuda em aqueles que morem sozinhos para ficar de olhos nas suas condições e possíveis problemas a se apresentar; terceiro, participação nas ações de promoção, prevenção e reabilitação baseados nas comunidades e muito importante, a identificação precoce de situações que contribuam ao detrimento da saúde da população idosa. São eles os elementos mais significativos de que poderemos contar com a comunidade.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Durante as 12 semanas de intervenção, realizamos diversas ações para que conseguíssemos cumprir com o que foi previamente programado no Projeto de Intervenção. Na primeira semana, com a premissa de que para conseguir êxito se precisa de conhecimento, treinamento e capacitação das pessoas envolvidas, fato invalidável que permite continuidade na colheita de resultados, realizamos a capacitação dos integrantes da equipe, a qual aconteceu em três encontros com a participação do médico, dos ACS, da técnica em enfermagem, da enfermeira, assim como da equipe odontológica integrada pelo dentista e pelo o técnico de saúde bucal, todos da nossa UBS. Nestes momentos, discutimos aspectos em relação aos protocolos existentes na APS para o trabalho na Saúde do Idoso, do preenchimento de documentos, planilhas e outros que seriam necessários para que esta intervenção fosse possível de executar, assim como mediante o estabelecimento e definição de prioridades de cada membro da equipe em relação às ações a serem desenvolvidas.

O cadastramento de todos os idosos correspondentes à nossa área de abrangência nas primeiras semanas foi o que possibilitou atingir a totalidade esperada, visando realizar aquelas ações previstas e atuar em sentido de satisfazer as necessidades, demandas e objetivos dos usuários com 60 anos e mais atendidos na UBS Preventório. Para alcançar a totalidade dos cadastros desejados foi de extrema importância o envolvimento dos ACS e também a participação dos líderes da comunidade, que em cada uma das suas microáreas trabalharam na procura de todos os usuários de 60 anos e mais, encaminhando-os para a unidade de saúde para realização das ações pretendidas e nos casos daqueles com dificuldades de locomoção ou acamados, viabilizando a realização de visitas domiciliares. Quero

falar sobre a fundamental participação e planejamento de encontros e reuniões com lideranças comunitárias para estabelecer atividades de promoção, prevenção e conscientização em relação ao tema da saúde do idoso, sendo que é a comunidade nosso centro de atuação e ganhar dela todo o apoio é fundamental para todas as atividades de saúde na atenção básica.

Para evitar que houvesse inconformidades se só tivéssemos dado consulta para os idosos foi que decidimos inserir tudo na rotina de andamento dos serviços na unidade, assim foi mais fácil e simples sendo que o atendimento clínico aos idosos em consultas agendadas assim como o atendimento odontológico aos idosos ocorreu sem problemas, e sempre que necessário estendeu-se o atendimento para conseguir receber a todos os usuários.

Uma das ações mais reconhecidas pelos usuários de 60 anos e mais assim como pelos seus familiares, foram as atividades encaminhadas ao grupo de idosos, abordando sempre assuntos de importância que oferecem dicas para uma melhor qualidade de vida.

A realização da busca ativa dos idosos faltosos permitiu não perder o contato e a sistematicidade com eles, sendo que se dava continuidade às ações integralmente com a realização dessa importante atuação. Em várias ocasiões contamos com profissionais de áreas específicas que palestraram para os nossos usuários.

Mediante o treinamento adequado aos ACS que participaram das atividades de vacinação, visitas domiciliares e procura de faltoso às consultas agendadas, apoiado nos protocolos disponibilizados pelo Ministério da Saúde para essa área específica foi possível viabilizar e resolver muitas situações que se apresentaram ao longo destas doze semanas, mas como eu disse como foram rapidamente solucionadas não ocasionaram transtorno algum no desenvolvimento da intervenção.

Uma questão que não podemos esquecer são as ações coletivas de promoção da saúde que ganharam ampla repercussão pelo envolvimento não só da equipe toda, como pela participação comunitária. Essas atividades de promoção de saúde, que são o nosso dia a dia na atenção básica, foram desenvolvidas no ambiente da unidade de saúde e também fora desta, em locais cedidos pela comunidade. O engajamento público teve a sua maior expressão desde que serviu para orientar em tópicos tão sensíveis como os cuidados para evitar acidentes

domésticos, prática de exercício físico, nutrição de acordo com as necessidades, entre outras.

O monitoramento, avaliação e controle periódico das atividades relacionadas à intervenção, permitiu apreciar a maneira em que os eventos aconteciam, sinal de funcionamento correto e andamento da intervenção facilmente solucionável quando identificado precocemente.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

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

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Não foi identificada nenhuma dificuldades na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores; significativo foi a seriedade e confiabilidade tanto no pessoal encarregado desta ação, como nos dados coletados.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Fazendo uma análise da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço e da viabilidade da continuidade da ação programática como rotina, mesmo com a finalização do curso, já estão incorporadas essas ações à rotina do trabalho, o que demonstra que não há intenção de arquivar o projeto, mas sim uma forte força de vontade que turbinou a equipe para seguir em frente com os resultados obtidos desta intervenção.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Para conferir os resultados se faz necessário estabelecer uma análise de cada uma das metas, validando assim, a decorrência obtida nos indicadores desta intervenção.

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

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

Foi aludida na justificativa desta intervenção a existência no cadastro da UBS Preventório um total de 259 idosos, dos quais tínhamos cobertos previamente apenas 75%, sendo imperativo atingir um maior número deles, de maneira que os serviços de saúde fossem oferecidos à totalidade dos usuários o que possibilitaria a melhoria da sua qualidade de vida.

A meta para esse objetivo foi alcançada, sendo particularmente crucial para isso o trabalho, a coesão, o envolvimento da equipe, em parceria com as lideranças comunitárias e o apoio da gestão municipal. As atividades na comunidade, a responsabilidade no atendimento, a recepção e o acolhimento na unidade de saúde assim como a longitudinalidade do acompanhamento determinaram a maneira em que se comportou esse indicador que se apresentou no mês 1 com 117 idosos (68,3%); no segundo mês foram 239 idosos (92,3%) e no terceiro mês 259 idosos, sendo encerrado assim com 100% de cobertura (Figura 1).

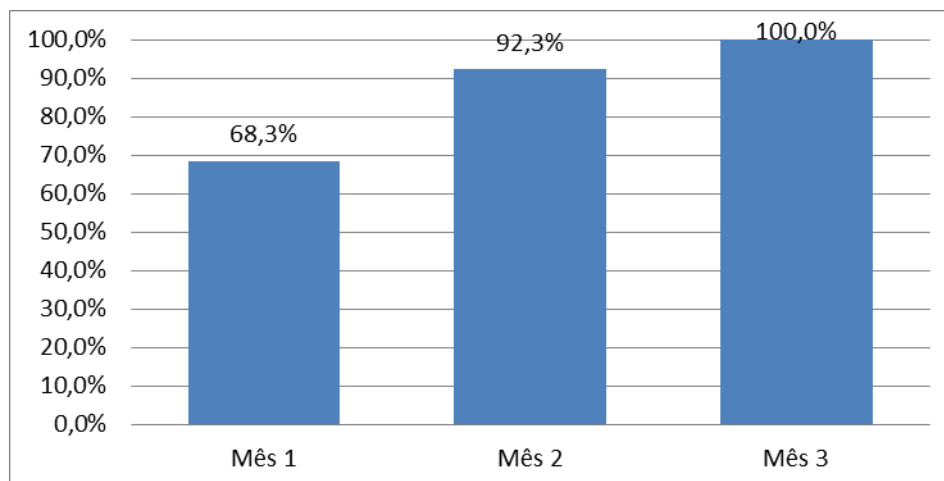


Figura 1: Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção à saúde da pessoa idosa na UBS.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados da UBS Preventório, 2015.

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

Meta 2.1: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% das pessoas idosas da área da UBS.

Considerou-se como uma das metas mais importantes e de muito valor para esta intervenção a realização da Avaliação Multidimensional Rápida, sabendo que os resultados podem ser utilizados na identificação de problemas de saúde condicionantes de declínio funcional em pessoas idosas.

Durante o período compreendido foi realizada esta ação, que ganhou valor pelo envolvimento da equipe na sistematicidade da sua realização, a seriedade na coleta de informações que permitiram avaliar 100% dos idosos em cada um dos três meses, correspondendo a 177 no mês 1 (100%), 239 no mês 2 (100%) e 259 idosos (100%) no mês 3, respectivamente, em cada mês em que transcorreu a intervenção.

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

Mesmo constituindo uns dos objetivos da atividade de consulta realizados na atenção básica pelos profissionais da UBS a realização do exame clínico apropriado representa um instrumento de grande valia para a assistência, uma vez que permite realizar o diagnóstico e planejar as ações de saúde, acompanhar e avaliar a evolução do usuário.

Nos idosos o exame físico deve ir além da avaliação clínica. Esses usuários são mais susceptíveis a desenvolver limitações para as atividades de vida diárias e manifestar as chamadas "Síndromes Geriátricas", como "imobilidade, incontinência,

uso incorreto de medicação, alterações cognitivas, perda de peso e depressão”. Assim, aos mínimos sinais e sintomas devem ser observados e interpretados, fundamentando o diagnóstico de enfermagem e a elaboração de um plano de cuidados específico e individualizado, afim de possibilitar uma assistência que garanta a manutenção e a promoção da saúde do idoso, bem como a sua independência. A nossa equipe, progressivamente, nos espaços indicados para esse fim realizou essa ação em 117 idosos (100%) no primeiro mês, 239 (100%) no segundo mês e totalizando com os 259 (100%) no terceiro mês.

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

A HAS em idosos está associada a um importante aumento nos eventos cardiovasculares com conseqüente diminuição da sobrevida e piora na qualidade de vida. A importância desta meta foi considerada prioritária, de modo que foi realizada pela equipe de saúde no comando do médico. As alterações próprias do envelhecimento tornam o indivíduo mais propenso ao desenvolvimento de HAS, sendo esta a principal doença crônica nessa população.

A aferição da pressão arterial foi um procedimento que virou rotina, com a finalidade de identificar alterações existentes nos indivíduos alvos desta intervenção. Durante os meses em que aconteceram as atividades da saúde do idoso para esta intervenção realizou-se o rastreamento em 117 (100%) idosos no primeiro mês, 239 (100%) idosos no segundo mês e 259 (100%) quando encerrado o terceiro mês.

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

Nessa meta os resultados obtidos estiveram em correspondência com a aspiração da equipe quando projetada as ações necessárias para o alcance da meta. O Diabetes Mellitus é uma doença crônica, mas que deve ser acompanhada sua evolução e pela maneira que a equipe envolveu-se para realizar a intervenção foi possível estabelecer um rastreamento adequado, além de ensinar à população alvo as medidas para evitar a ocorrência dessa patologia. Assim, conseguimos rastrear durante o primeiro mês 117 idosos (100%), no segundo mês 239 (100%) e no terceiro mês 259 idosos (100%).

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

Para que um exame físico se considere apropriado no grupo populacional abordado nesta intervenção é necessário que compreenda um exame físico dos pés, que inclua palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada três meses para idosos com diabetes.

O necessário cuidado das pessoas com sessenta anos e mais abrange a integralidade do atendimento e acompanhamento. Assim é preciso que deixe esses usuários cientes das próprias mudanças da idade que acontecem neles e que identificadas precocemente permitem adotar condutas adequadas. Durante a intervenção, detectamos 45 idosos portadores de DM, assim, conseguimos avaliar no primeiro mês 28 idosos (100%), no segundo mês 42 idosos (100%) e no terceiro e último mês 45 idosos (100%) com diabetes e que receberam o exame clínico adequado dos pés.

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

Mesmo aparentando um bom estado físico é imprescindível analisar outros parâmetros só achados com alguma alteração em exames complementares periódicos. Para isso tivemos a possibilidade de realizar esses exames na totalidade dos usuários, ao passo que foi importante que o LACEN trabalhou à plena capacidade e que todos os nossos usuários realizaram esses exames quando solicitado pelo médico e com o acompanhamento da equipe. O papel principal no acompanhamento foi dos ACS que ficaram atentos ao cumprimento desses testes com os idosos de cada uma das suas microáreas. Os resultados para esse indicador foram os seguintes, 117 idosos (100%) no primeiro mês, 239 idosos (100%) no segundo mês, finalizando com 259 idosos (100%) no terceiro mês.

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

Como estratégia do MS a priorização da prescrição de medicamentos da Farmácia Popular estava sendo implementada aos nossos usuários que já tinham aceitado em muitos casos a substituição de vários remédios utilizados por eles e que

eram fornecidos pelo SUS nas unidades de saúde. No caso específico da saúde da pessoa idosa, ter o remédio certo, que tenha a menor quantidade de efeitos adversos e ao mesmo tempo seja eficaz para controlar a doença é necessário. No começo existiu um pouco de desconfiança daqueles usuários que faziam uso habitual dos remédios, principalmente aqueles com HAS e/ou DM, disponíveis nas UBS, mas que muitas vezes estavam em falta por diversas razões a prejudicar o indivíduo. Mediante palestras, conversas, atividades de sensibilização falando em consumo de remédios conseguimos realizar a meta em questão.

Assim, durante os três meses obtivemos 100 % em relação à priorização da prescrição da Farmácia Popular com um comportamento de maneira ascendente que começou em 117 idosos (100%), passando para 239 (100%) no segundo mês e encerrando com 259 (100%) no terceiro.

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

A nossa intervenção compreendia até mesmo não deixar de fora os idosos acamados ou com problemas de locomoção. Apoiados nos dados existentes de cada ACS em relação a cada uma das suas microáreas de abrangência, conseguimos cadastrar os casos conhecidos e incorporar aqueles outros dos quais não tínhamos a certeza da sua existência na condição citada.

Durante o primeiro mês e com o ótimo trabalho desenvolvido pelos agentes de saúde conseguimos cadastrar 23 pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção (100%), no segundo mês somaram-se mais seis dando um total de 29 idosos (100%) e encerramos o terceiro mês com 30 idosos (100%) com a limitação já falada.

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

Um das maiores gratificações que temos ao trabalhar na atenção básica é a gratidão das pessoas, ainda mais quando se trata de alguém que fica acamado ou que tem alguma dificuldade que lhe impede de locomover e que recebe na sua casa à equipe de saúde para atendê-lo na tranquilidade desse ambiente.

As atividades de visita domiciliar ganharam muita repercussão entre a população principalmente aqueles idosos e até com os familiares. Saliento que

nesse ponto os agentes comunitários de saúde tiveram o papel principal na articulação dessas visitas e mesmo atravessando dificuldades técnicas, como a falta de transporte em algumas ocasiões, não faltou às visitas a quem mais necessitava. Falando em dados numéricos, durante o primeiro mês foram visitados 23 idosos (100%), durante o segundo mês 29 (100%) e já no terceiro foram 30 idosos (100%).

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

O indicador comportou-se como era desejado. No trabalho focado na realização dessa meta estiveram envolvidos a equipe odontológica e os agentes de saúde. Quero salientar que o trabalho feito pela dupla da odontologia foi excelente, pois ultrapassou o ambiente da unidade e foi até as casas dos usuários acamados ou com dificuldades de locomoção que não conseguiram seus familiares transportados até a unidade básica de saúde. A população idosa avaliou como muito boa essa ação e comportou-se de maneira progressiva, sendo que no primeiro mês foram avaliados 117 usuários (100%), no mês seguinte 239 idosos (100%) e concluindo com 259 idosos (100%) no terceiro mês como desejado.

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

Muito parecido como tinha acontecido com a meta anterior, nesta os resultados também foram ótimos, conseguindo atingir a meta desejada, o que se explica na realização da primeira consulta odontológica para 100% das pessoas idosas, mesmo realizando deslocamento da equipe com o instrumental necessário para os casos em que foi impossível assistir na unidade básica de saúde, tal como aconteceu com os acamados ou com problemas de locomoção em que seus familiares não puderam trazê-los até nós. Durante o primeiro mês 117 idosos (100%) cadastrados realizaram a primeira consulta odontológica, depois no segundo mês 239 idosos (100%) e no final do terceiro mês 259 (100%).

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

Com a realização da avaliação de alterações de mucosa bucal na totalidade das pessoas cadastradas, conseguimos com sucesso monitorar a saúde bucal

mediante a identificação de alterações existentes ou não, assim como de lesões pré-malignas. Foram identificados em nove idosos ao longo da intervenção alterações que precisarão de acompanhamento pelos sinais de malignidade prováveis, que serão acompanhados pelo dentista e avaliados em conjunto pelo CEO do município. Realizaram-se de maneira significativa as atividades de promoção conduzidas pelo dentista e pelos agentes comunitários de saúde que estavam apoiados em materiais informativos relativos ao autoexame da boca e de esclarecimento sobre fatores de risco. Durante o primeiro mês foram avaliados 117 idosos (100%), no segundo mês a quantidade foi aumentada até 239 idosos (100%) e finalizamos com 259 usuários (100%) de sessenta anos e mais com essa avaliação feita.

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

Em relação à avaliação da necessidade de prótese dentária realizada nos 259 idosos cadastrados referimos que ocorreu de forma adequada já que pela sistematicidade das ações da equipe odontológica, de conjunto com a equipe da unidade básica de saúde, obteve-se o resultado desejado na totalidade desses usuários, identificando-se 39 casos em que será necessária a confecção de próteses e esses usuários já foram referenciados para o serviço correspondente.

A preocupação com os idosos reside no fato, entre outros, de que a capacidade mastigatória está intimamente ligada à condição nutricional e por sua vez, à saúde geral dos indivíduos, o que repercute na sua qualidade de vida. Embora a estética dentária seja importante, a cavidade bucal deve ser vista em sua plenitude, pois por meio dela existe a integração social do indivíduo. Foram decisivas as atividades de promoção desenvolvidas que permitiram também que no primeiro mês fossem avaliados 117 usuários (100 %) do total cadastrado nesse mês, depois na etapa seguinte se totalizaram 239 idosos (100%) nesse segundo mês e 259 idosos (100%) no terceiro mês.

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

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

A sistematicidade nas atividades de consulta, acompanhamento, vacinação, promoção de saúde e outras mais, desenvolvidas com a finalidade de melhorar a qualidade mediante esta intervenção na saúde da pessoa idosa não seriam bem acontecidas se não conseguíssemos trazer a totalidade dos idosos para as nossas atividades e que aqueles faltosos nela fossem procurados pela equipe de saúde.

Não seria exitoso planejar e executar as ações e atividades se deixasse fora os que por alguma razão faltaram, sendo que ir à procura deles foi necessário, de forma a não consentir ninguém fora das ações da intervenção. Foi assim que a equipe de saúde atuou, em consequência das projeções estabelecidas, mediante palestras na comunidade falando em relação da importância deste trabalho e apoiando-nos com as lideranças comunitárias para executar essa busca de pessoas. No primeiro mês em que aconteceu a intervenção tivemos 15 faltosos às atividades e foram buscados (100%), no segundo mês caiu a quantidade de faltosos para seis sendo que 100% foi buscado e no terceiro mês também foram seis os faltosos e 100% deles foram buscados.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

Como parte das ações previstas para esta intervenção, a manutenção dos registros específicos das pessoas idosas foi uma prioridade, permitindo assim atualizar os existentes e criar aqueles que ainda estavam faltando. Com os dados dos acompanhamentos e informações atualizadas foi possível realizar as atividades previstas mediante a interpretação desses resultados fazendo possível manter as informações do SIAB atualizadas.

Foi importante a escolha do pessoal responsável, neste caso três agentes comunitários de saúde para o preenchimento dessas informações, cientes da necessidade da confiabilidade nesses elementos que se organizaram em um sistema de registro que viabilizou 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 pelo ministério da saúde para esse grupo populacional alvo da nossa intervenção. Os resultados para esse indicador foram de 117 idosos (100%) no primeiro mês, 239 idosos (100%) no segundo mês e 259 idosos (100%) para o terceiro e último mês com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia.

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

Como resultado de um bom planejamento não só da equipe e dos recursos humanos para realizar a intervenção assim como dos recursos logísticos, neste caso as CSPI, foi possível alcançar a meta desejada de distribuição à totalidade dos idosos em um período de tempo recorde. A distribuição da CSPI aos 259 idosos cadastrados para esta intervenção foi mais uma meta bem sucedida neste trabalho, sendo que durante o primeiro mês receberam esse documento 117 idosos (100%), para o segundo mês já atingíamos 239 pessoas (100%) e terminamos com a totalidade dos 259 idosos (100%) deles com a CSPI confeccionada e atualizada.

Objetivo 5: Mapear o risco das pessoas idosas.

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

O envelhecimento constitui-se como evento fisiológico normal do organismo humano, mas não pode ser chamado de doença, pois não é assim. Mudar essa concepção é uma luta atual das instituições de saúde que reconhecem e difundem a velhice como uma etapa da vida tão importante como qualquer outra. Faz-se necessária a identificação dos riscos para morbimortalidade, pois a velhice traz a ocorrência de eventos que propiciam situações que podem afetar direta ou indiretamente o bem estar das pessoas com sessenta anos e mais identificados na área de abrangência.

Aqui o trabalho da equipe possibilitou priorizar o atendimento das 79 pessoas idosas de maior risco de morbimortalidade identificadas. Foram realizadas palestras e orientações feitas pelo médico e pelos agentes comunitários de saúde com o intuito de orientar as pessoas idosas sobre seu nível de risco, sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentarem alto risco. Essa meta foi cumprida em 100%, sendo que durante o primeiro mês foram 117 os idosos rastreados (100%), já no segundo mês foram 239 usuários com sessenta anos e mais (100%) rastreados e no terceiro mês 259 idosos, representando 100%.

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

A investigação da presença de indicadores de fragilização na velhice foi um aspecto analisado em cada um dos usuários atendidos como parte desta intervenção, priorizando o atendimento de pessoas idosas fragilizadas na velhice e orientando-as por parte da equipe de saúde e em especial pelos agentes comunitários, assim como a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente. Constatou-se a existência de 87 idosos com indicadores de fragilização que precisarão de acompanhamento mais frequente.

Comportou-se esse indicador da seguinte maneira: no mês primeiro com 117 idosos (100%), no mês segundo com 239 (100%) e no mês terceiro com 259 usuários com sessenta anos e mais cadastrados para esta intervenção, sendo também 100%.

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

A rede social foi avaliada também como outros dos importantes aspectos a serem considerados nesta intervenção nos 259 idosos cadastrados. Os agentes de saúde desenvolveram uma atividade valiosíssima e possível pelo agendamento e a visita domiciliar às pessoas idosas com rede social deficiente. No primeiro mês foram avaliados 117 idosos, representando 100% em relação aos cadastros efetuados, no segundo mês 239 (100%) e no terceiro mês 259 idosos (100%) em relação a quantidade de cadastros mensais.

Objetivo 6: Promover a saúde das pessoas idosas.

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

A promoção de saúde desempenha na atenção básica um papel crucial, exemplificado nas atividades de palestras, conversas, debates na comunidade e outras que possibilitam incorporar conhecimentos aos usuários em relação de situações de saúde específicas. Em parceria com a gestão municipal de saúde e a área técnica que atende a pessoa idosa com especialistas em áreas como nutrição; com geriatras e com profissionais da educação física conseguimos desenhar e realizar atividades que ganharam uma aceitação e opinião muito favorável avaliando de forma satisfatória as ações de promoção feitas.

Essa relação específica das orientações nutricionais para hábitos alimentares saudáveis foi bem aceita e com grande participação, exercendo seu

maior protagonismo toda a equipe que permitiu sucesso dessa atividade e foi realizada direcionada a 117 idosos no primeiro mês (100%); no segundo mês 239 idosos (100%) e 259 idosos (100%) no último mês. Saliento que no caso das pessoas acamadas ou com problemas de locomoção foi individualizada essa atividade, de maneira que ninguém ficasse sem receber essas orientações.

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

Como esperado nessa meta, a nossa equipe conseguiu garantir orientações para a prática regular de atividade física, sendo que junto ao educador físico se realizaram esse tipo de atividade, mas nos casos das pessoas que não podiam assistir à unidade por alguma razão recebiam depois as orientações mediante os agentes comunitários de saúde que pela participação com o educador físico recebiam a capacitação mínima e depois passavam as dicas para os idosos que não conseguiam ir até a unidade. Dessa forma 117 idosos (100%) foram orientados no primeiro mês, 239 idosos (100%) no segundo mês e 259 idosos (100%) no terceiro.

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

Como tínhamos falado anteriormente em outras ações que guardavam estreito relacionamento com essa meta, as pessoas idosas desta intervenção receberam orientação sobre higiene bucal incluindo a higiene de próteses dentárias. No primeiro mês foram 117 os idosos orientados (100%), já no segundo mês foram 259 (100%) e no terceiro e último foram 259 as pessoas com sessenta anos e mais (100%).

4.2 Discussão

Das melhores coisas já feitas pela equipe de saúde, a mais transcendental nos últimos meses foi a Intervenção em Saúde da Pessoa Idosa, trabalho que permitiu reforçar a integração entre os profissionais da equipe, a comunidade e gestores de saúde locais. Com a execução das atividades e ações planejadas se alcançou uma ampla e total cobertura e acompanhamento das pessoas com sessenta anos e mais da área de abrangência da UBS Preventório, com a consequente inserção destes nas atividades da unidade, o aperfeiçoamento dos

registros específicos com a sua máxima expressão na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, ferramenta indispensável que todos os usuários já possuem.

Após terem sido encerradas as atividades da intervenção, identificamos as coisas boas conseguidas com a sua realização, que traduzem num significado único para nós, pois possibilitou uma atualização nos protocolos do Ministério da Saúde que são exigidos para o acompanhamento da saúde da pessoa idosa; trabalhar em equipe, com o compartilhamento de responsabilidades, troca de ideias e planejamento de ações que deram uma conotação especial ao trabalho sendo que o mais distintivo foi a coesão na execução de afazeres entre os integrantes da equipe.

O serviço obteve um nível mais alto na qualidade, desde que a participação de todos os membros da equipe traduziu-se em integralidade, que anteriormente só tinha como protagonista um ou dois profissionais. Hoje tem uma constituição homogênea de profissionais em que todos interagem, se expressam, atuam e participam desta atividade que mudou a realidade da saúde das pessoas idosas. Não posso deixar passar o fato de que os registros específicos existentes na unidade foram aperfeiçoados, partindo da otimização das atividades de consultas, tanto médicas como de odontologia, assim como aquelas desenvolvidas pelos outros colegas que interagimos para melhorar a qualidade de vida e de atendimento da população idosa e, por conseguinte, os indicadores de saúde das pessoas de sessenta anos e mais.

Ao longo deste período é indubitável o impacto causado pela intervenção na comunidade que, inclusive, também atuaram conosco na execução das principais atividades que deram a conotação ao trabalho. Conseguir a participação comunitária foi o braço direito que impulsionou o andamento da intervenção em saúde da pessoa idosa na UBS Preventório que favoreceu para que os idosos se inserissem nas atividades e as suas famílias colaborassem com eles e com a equipe para conseguir desenvolver as atividades efetivadas.

Pondero o fato de que a coesão equipe-comunidade possuiu em todo momento a vontade de executar um trabalho de qualidade, identificado de forma positiva para a execução da intervenção, ao passo que todas as ações executadas tiveram um ótimo desenvolvimento. Assim, se fôssemos realizar hoje a intervenção, a partir do conhecimento e experiência adquirida penso que já teríamos ganhado essa parte da união entre equipe e comunidade, o que permitiria atingir com mais

prontidão as atividades e também abranger outros aspectos, como a extensão de critérios de análise em relação à área tratada.

A experiência acumulada pela equipe depois de executar a intervenção, está sendo implementada à rotina de nosso trabalho. Estão sendo realizadas várias atividades que incluem a saúde da pessoa idosa como no caso de consultas prioritárias do médico, de odontologia e de promoção de saúde, como uma prioridade no planejamento de trabalho deixando presente a necessidade de continuar realizando ações que propiciem continuidade desta intervenção.

De forma antecipada, já estamos pretendendo direcionar o nosso trabalho para outros programas prioritários em específico, como a saúde da criança, ou o programa de atenção ao usuário Hipertenso e Diabético.

5 Relatório da intervenção para gestores

Senhor Secretário Municipal de Saúde,

Por intermédio deste relatório eu venho lhe apresentar informações sobre a Intervenção em Saúde da Pessoa Idosa que ocorreu nestes últimos três meses na UBS Preventório, conforme é de vosso conhecimento. Podemos considerar que a intervenção foi um sucesso, com oferta de serviços de maior qualidade, sistematicidade no atendimento e maior participação da população alvo em relação às ações de promoção e prevenção de saúde para um envelhecimento saudável.

A nossa UBS Preventório possui cadastrados 3865 habitantes, sendo 259 (6,7%) pessoas com sessenta anos e mais. A partir da coesão e trabalho da equipe, associado ao apoio das lideranças comunitárias e comunidade conseguimos ampliar a cobertura de atenção à saúde da pessoa idosa da área da UBS para 100%. Foram realizadas Avaliações Multidimensionais Rápidas, exame clínico, rastreamento para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e para Diabetes Mellitus (DM), busca ativa de usuários faltosos, preenchimento adequado dos registros e da caderneta de saúde da pessoa idosa. Ainda, foi realizado rastreamento para o risco de morbimortalidade, para indicadores de fragilização na velhice e a avaliação da rede social dessa população. O exame físico dos pés para os usuários que sofrem de DM foi também realizado. Nas atividades de consulta médica agendada, assim como nas visitas domiciliares, solicitamos aos 259 idosos a realização de exames complementares periódicos. Foi dado cumprimento à priorização da prescrição de medicamentos da Farmácia Popular segundo estabelecido nas Portarias do Ministério da Saúde, proporcionando mais acessibilidade.

Uma importantíssima parte do trabalho da Atenção Básica é constituída da promoção de saúde e através dela a nossa equipe conseguiu garantir orientação

nutricional para hábitos alimentares saudáveis e para a prática regular de atividade física às 259 das pessoas idosas, entre outras orientações.

Graças ao apoio da gestão com o transporte, a equipe realizou o cadastro e acompanhamento das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção da área. Ainda, a oferta dos insumos necessários ao atendimento odontológico, por parte da gestão, permitiu a realização da primeira consulta odontológica e das demais ações desse profissional para todos os idosos.

Penso que a gestão nos apoiou sempre que necessário, mas sendo crítico neste relatório desejaria recomendar que tivessem uma resposta mais rápida quando as unidades de saúde fazem solicitação de recursos que no final visam à melhoria e qualidade na atenção à população, sabendo que muitas vezes existe disponibilidade desses recursos, mas demora na distribuição, o que atrapalha o desenvolvimento de ações específicas na saúde da família. Sabemos que podemos mudar muitas coisas pela união existente entre equipe e pela parceria indiscutível com a gestão.

Equipe de Saúde da Família, UBS Preventório.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezada Comunidade,

Durantes estes últimos três meses a nossa equipe esteve envolvida na realização de uma intervenção, da qual vocês estiveram cientes, que abordou a saúde da pessoa idosa, buscando a melhoria na qualidade da assistência ofertada. Realizamos várias atividades com essa população de idosos, com a finalidade de interagir a equipe, os idosos e a comunidade. Tivemos o apoio e participação de outros profissionais como o geriatra, nutricionista e educador físico, que também participaram conosco.

A inclusão de todos os idosos nas atividades foi um triunfo que concedeu maior significado ao trabalho. A equipe da unidade executou acompanhamento médico, do dentista, visitas domiciliares, indicou a realização de exames, realizou atividades educativas, assim como outras questões que sempre tinham como objetivo fundamental a melhoria da qualidade de atendimento à pessoa maior de sessenta anos da nossa UBS Preventório.

Uma vez finalizada a intervenção, em posse dos resultados alcançados deixamos estabelecido em nossa rotina de trabalho a execução permanente de todas as atividades desempenhadas. O sucesso da qualificação do atendimento do idoso está em suas mãos, porque vocês são as pessoas que a cada dia e em cada espaço de acompanhamento, colocam à prova nossa capacidade e habilidade de lhes proporcionar uma adequada atenção em saúde, daí que contamos com vocês para darmos continuidade ao nosso processo de atendimento, agora como parte da rotina de trabalho da nossa UBS. Assim, peço que continuem participando das atividades oferecidas pela UBS, comparecendo às consultas e cuidando da própria saúde, pois, no que depender dos profissionais desta UBS, estamos à disposição para ajudá-los.

Quero ainda salientar que a contribuição da comunidade no apoio, na participação, na parceria com a procura de idosos em atividades de promoção e por que não de entendimento e compreensão na necessidade de priorizar a intervenção nessa área foi significativo. A todos da comunidade deixamos a nossa gratidão e alegria por estarem tão bem acompanhados, por isso o compromisso com todos, com a sua saúde, com seu bem estar.

Enfim, chamamos a todos da comunidade para maior envolvimento com as ações da UBS, pois com a participação de todos caminharemos para a mesma direção, em prol de uma saúde melhor.

Equipe de Saúde da Família, UBS Preventório.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Fazer parte do PMMB é uma oportunidade única, pois estou fazendo história mudando a maneira de ver a situação de saúde das pessoas e suas famílias na comunidade onde atuo e me transformando, por conseguinte, em uma pessoa distinta, que mudou a forma de conceber a medicina de família e comunidade, a parti da minha participação nesse programa.

Formei-me em Cuba e lá apreendi a importância de ver as pessoas como um ente biopsicossocial. Quando retornei ao Brasil, já com meu diploma revalidado, eu tinha o sonho de poder colocar em prática esses aprendizados e com o PMMB chegou à oportunidade esperada para fazer saúde nas pessoas da terra onde eu nasci, saldando assim a minha própria dívida com a humanidade, sendo formado como médico e ajudando ao próximo.

O dia a dia na Atenção Básica é uma escola. Às vezes acreditamos saber de tudo, mas só enfrentando a realidade é que apreciamos a magnitude das coisas e é assim como começarmos a apreender de novo, em contato direto com esse usuário que precisa de nós, que reclama a nossa ajuda e que a cada dia nos ensina como sermos pessoas melhores.

O trabalho em equipe, utilizando os protocolos de atuação do Ministério da Saúde, fez com que standardizássemos um serviço à população seguindo aquilo que é preconizado para cada área em específico, oferecendo: consultas de acompanhamento pré-natal, puericultura, acompanhamento de doenças crônicas, atenção à saúde da pessoa idosa, assim como a promoção de saúde, tudo isso sem deixar de falar dos outros serviços vitais que são realizadas na UBS.

O curso de especialização trouxe uma oportunidade única de interação com profissionais dos mais diversos países que participam do PMMB, nos ajudando a

fazer saúde e trocar experiências com todos os atuantes em diferentes partes do Brasil, de diferentes realidades, promovendo o aperfeiçoamento profissional.

Penso que o selo dourado deste curso constituiu-se na intervenção, que no meu caso foi em saúde da pessoa idosa, pela sensibilidade da realidade desses usuários, outrora sem muito interesse das equipes.

Uma mistura de emoções me envolve hoje ao término da intervenção, pois vejo o que foi conseguido se traduzindo nos indicadores obtidos, mostrando a transformação na qualidade da atenção ofertada à população idosa da área.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 8.842, de 04 de janeiro de 1994. 2.488, de 24 de outubro de 2011. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 05 jan. 1994. Disponível em: <http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei%208.842-1994?OpenDocument>. Acesso em: 29 fev. 2016.

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

_____. _____. _____. _____. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 124 p.

IBGE. **Censo demográfico 2010**. Brasil, 2010. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=120040&search=||in fogr%E1ficos:-informa%E7%F5es-completas>>. Acesso em: 27 fev.2016.

SEMSA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde**. 2014.

SESACRE. Secretaria Estadual de Saúde do Acre. 2014.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Srª
Profª Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

