

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



Melhoria da atenção à saúde dos idosos na UBS/ESF Pontão, Pontão/RS.

Yusimí Ramos Pérez

Pelotas, 2015

Yusimí Ramos Pérez

Melhoria da atenção à saúde dos idosos na UBS/ESF Pontão, Pontão/RS.

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

Orientador: Douglas Schneider Filho

Pelotas, 2015

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

P438m Perez, Yusimi Ramos

Melhoria da Atenção à Saúde dos Idosos na UBS/ESF Pontão, Pontão/RS / Yusimi Ramos Perez; Douglas Augusto Schneider Filho, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

82 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Saúde do Idoso 4.Assistência domiciliar 5.Saúde Bucal I. Schneider Filho, Douglas Augusto, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico esse trabalho primeiramente a Deus, que a cada dia me dá forças e saúde para continuar lutando na vida;

À minha família, que apesar da distância que nos separa, me apoia em todos os momentos;

A todos as pessoas do município de Pontão, que me ajudaram e aceitaram o desafio de implementar o Projeto de Intervenção.

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus, por me ajudar e apoiar ao longo de todo o tempo da minha vida.

A meu orientador, Douglas Schneider, que me apoiou durante minha jornada no Curso.

À minha equipe da UBS/ESF, porque sem eles não seria possível a realização deste projeto para melhorar a qualidade de vida dos idosos.

E à minha família, que, apesar da distância, sempre me transmitiu forças para continuar a cada dia.

Resumo

RAMOS PÉREZ, Yusimí. **Melhoria da atenção à saúde dos idosos na UBS/ESF Pontão, Pontão/RS**. 2015. 82f Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

Estimativas indicam que, em 2050, 30% da população brasileira será composta por idosos. Isso representa um enorme desafio para as políticas públicas no país, especialmente para as políticas de saúde. A área de abrangência da UBS Pontão, localizada no município de mesmo nome, no Estado do Rio Grande do Sul, Pontão/RS, tem entre seus moradores 514 idosos, que, apesar de comporem grande parte da demanda do serviço, não tinha sua situação de saúde devidamente acompanhada e monitorada pela equipe de saúde. Seu atendimento não seguia nenhum protocolo, sendo essencialmente realizado através de atendimento à demanda espontânea. Essa situação motivou a escolha dos moradores desse grupo etário como foco da intervenção a ser realizada no âmbito do curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Aberta do SUS – Universidade Federal de Pelotas. Assim, com o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos idosos, o projeto de que trata esse trabalho foi estruturado para ser desenvolvido durante 12 semanas, de junho a agosto 2015, com ações nos 4 eixos pedagógicos do Curso: Organização e Gestão do Serviço, Monitoramento e Avaliação, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica. Participaram da intervenção 315 usuários de 60 e mais anos de idade, cadastrados a partir dos atendimentos realizados na Unidade e das informações levantadas pelos Agentes Comunitários de Saúde. Foram utilizados como referência técnica para as ações, dois documentos do Ministério da saúde, quais sejam o Protocolo para Atendimento à Saúde das pessoas Idosas (2013) e o Caderno de Atenção Básica sobre Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa (2007). Os dados referentes aos atendimentos e atividades realizadas com cada idoso foram registrados em fichas-espelho, e depois transferidos para a Planilha de Coleta de Dados, ambos disponibilizados pelo Curso. A cobertura obtida ao longo dos 3 meses de intervenção foi de 57,9%, com 98,1% deles passando por Avaliação Multidimensional Rápida, 97,5% recebendo exame clínico apropriado, e 100% realizando exames complementares, recebendo medicamentos da farmácia popular e tendo sua pressão arterial verificada na última consulta. Todos os 7 idosos acamados ou com problemas de locomoção foram cadastrados e tiveram visita domiciliar realizada. O impacto da intervenção nas comunidades foi significativo, tendo sido observado especialmente nas atividades educativas para promoção da saúde realizadas com grupos de idosos, também implantadas na unidade durante a intervenção. Também a equipe de saúde reconheceu a importância da intervenção, demonstrando grande interesse na continuidade das ações. A população e a equipe têm demonstrado interesse também em expandir o trabalho para outras ações programáticas, e dessa forma, beneficiar o conjunto dos moradores da área. .

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

Lista de Figuras

Figura 1 Gráfico Cobertura do programa de atenção aos idosos da UBS de Pontão, município Pontão, RS. Junho a agosto de 2015.	54
Figura 2 Gráfico Proporção de idosos com avaliação Multidimensional rápida em dia da UBS Pontão, município Pontão, RS, Junho a agosto de 2015.....	55
Figura 3 Gráfico Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia da UBS Pontão, município Pontão, RS. Junho a agosto de 2015.	56
Figura 4 Gráfico Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática da UBS Pontão, município Pontão, RS. Junho a agosto de 2015.....	60
Figura 5 Gráfico Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa da UBS de Pontão, município Pontão, RS. Junho a agosto de 2015.....	61
Figura 6 Gráfico Proporção de idosos com Orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia da UBS Pontão, município Pontão, RS. Junho a agosto de 2015.	64

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAP	Caderno de Ações Programáticas
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
EaD	Ensino a distancia
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
OMIA	Planilhas de Objetivos, Metas, Indicadores e Ações.
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
PA	Pressão Arterial
SISPRENATAL	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
Ufpel	Universidade Federal de Pelotas

Sumário

Apresentação	10
1 Análise Situacional	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS, postado em 6 de agosto de 2014 11	
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	13
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	20
2 Análise Estratégica	21
2.1 Justificativa.....	21
2.2 Objetivos e metas.....	23
2.2.1 Objetivo geral.....	23
2.2.2 Objetivos específicos e metas	23
2.3 Metodologia.....	24
2.3.1 Detalhamento das ações	25
2.3.2 Indicadores	38
2.3.3 Logística.....	43
2.3.4 Cronograma.....	46
3 Relatório da Intervenção.....	47
3.1 Ações previstas e desenvolvida	47
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	50
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	51
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	51
4 Avaliação da intervenção.....	53
4.1 Resultados	53
5 Relatório da intervenção para gestores	69
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
Anexo D Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias..	82

Apresentação

O presente trabalho foi realizado como parte das atividades do Curso de Especialização em Saúde da Família, Ensino à Distância (EaD), da Universidade Aberta do SUS em parceria com a Universidade Federal de Pelotas.

A intervenção teve como objetivo principal a melhoria da qualidade da atenção à saúde das pessoas idosas cadastradas na UBS Pontão, localizada em município Pontão no Rio Grande do Sul e teve uma duração de 12 semanas, entre os meses de junho e agosto de 2015. Este volume está organizado em 5 unidades, construídas de forma independente, mas interligadas entre si. A primeira parte engloba a análise situacional da UBS Pontão, com a descrição da situação da atenção primária e da estratégia de saúde da família no município, os principais problemas detectados no serviço e a relação entre eles, e foi elaborada ao longo da Unidade 1 do Curso. A segunda parte traz a análise estratégica, que é o projeto de intervenção, com os objetivos, as metas, as ações, os indicadores e o cronograma da intervenção, elaborados ao longo da Unidade 2 do Curso. Na terceira parte é apresentado o relatório da intervenção, no qual são descritos os principais aspectos da implementação das ações propostas, ao longo da Unidade 3 do Curso. A quarta parte traz a avaliação da intervenção, com a análise qualitativa e quantitativa dos resultados obtidos e os relatórios da intervenção para os gestores e para a comunidade. Na quinta parte é apresentada a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso, ressaltando a importância para a qualificação do trabalho da equipe e a melhoria para a comunidade. Ao final, são apresentadas as referências e os anexos. O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início em maio de 2014 e finalizou em novembro de 2015, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS, postado em 6 de agosto de 2014

Eu trabalho no município de Pontão, que se encontra entre os municípios de Passo Fundo e Ronda Alta, no Rio Grande do Sul. Atuo especificamente na UBS/ESF Nº 2, que está situada na Fazenda Noni. Nas proximidades da unidade há uma igreja, uma escola rural chamada 29 de outubro, e um mercado. Minha Unidade é responsável por 1.284 famílias, com 2960 pessoas. Faço atendimento clínico duas vezes por semana (segundas e quartas de manhã), além de visitas a usuários acamados, restritos e com deficiências motoras. Nossa equipe está composta por uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um dentista, uma auxiliar de saúde bucal e 5 agentes comunitários de saúde (ACS), que fazem visitas e acompanhamentos nas diferentes micro áreas que compõem nossa área de abrangência. Estruturalmente, a Unidade tem boa construção. Possui uma área para recepção e acolhimento aos usuários, um consultório médico, um consultório odontológico, sala de procedimentos para enfermagem, sala de espera, cozinha e dois banheiros. Não há um sistema de cadastro pelo computador, e a confecção dos prontuários é feita de forma manual.

Por enquanto estamos traçando estratégias para planejar nosso trabalho da melhor forma possível, mas nossa atuação tem tido boa aceitação pelos moradores da cidade, que nos tratam com muito carinho e respeito. Trabalhando em equipe podemos distribuir e organizar bem o trabalho, e temos a possibilidade de nos reunirmos uma vez ao mês, para analisar o mês trabalhado, as dificuldades apresentadas, e as soluções que implantamos, com todos contribuindo com suas ideias para garantir um melhor funcionamento da unidade no mês seguinte. Até o

momento os resultados tem sido satisfatório, mas sei que ainda temos muitas coisas a melhorar.

Às 32 horas de trabalho são contínuas na semana, e agora estamos contando também com o trabalho de uma pediatra e uma ginecologista. A Estratégia Saúde da Família (ESF) está estruturada em nossa Unidade, o que nos permitirá desenvolver um bom trabalho de Atenção Primária à Saúde. Só está faltando uma melhor organização dos serviços, para que nossa equipe possa ampliar sua atuação para solucionar os principais problemas de saúde da nossa população. Os diferentes programas priorizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) estão bem organizados e cumprem os seus objetivos.

A maior dificuldade do nosso município está nos encaminhamentos para as diferentes especialidades, que é muito demorado, e também nos exames de laboratório, que são feitos em dois laboratórios contratados pela prefeitura, mas que não estão oferecendo a qualidade esperada. O suprimento de medicamentos é insuficiente, e muitas vezes os que indicamos não estão disponíveis para retirada pelos usuários, que nem sempre dispõe de recursos para adquiri-los em farmácias comerciais. Nesses casos a prefeitura ajuda financeiramente os usuários na aquisição dos medicamentos.

A nossa intervenção como médicos depende de muitos fatores, mas acredito que com o tempo iremos aperfeiçoar o trabalho, e também entendo que o caminho que vamos ter percorrido até esse momento vai servir de guia para outros profissionais brasileiros que vão fazer o seu trabalho num futuro nestas mesmas comunidades. O núcleo principal das famílias é o seu estado de saúde, motivo pelo qual se começaram a criar mais UBS e contratar mais profissionais de saúde, para ajudar nas atividades de prevenção e de promoção de saúde. É muito bom perceber que as ações estão sendo desenvolvidas desde um cenário mais próximo das casas dos usuários, através da ação das Equipes de Saúde da Família e dos agentes comunitários de saúde, que são o braço direito das UBS e ajudam nos agendamentos das consultas, nas visitas domiciliares e também no reconhecimento das necessidades básicas de cada família.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Pontão está localizado no Estado Rio Grande do sul, e teve sua origem na divisa de duas propriedades: Cedro, do Coronel Barroso e Sarandi, de propriedade do Capitão João Vergueiro. Em 1894, Pontão era um povoado situado na ponta da fazenda Sarandi, daí seu nome. Pontão era o antigo caminho por onde passavam tropeiros com destino a Sorocaba-SP, com grandes tropas de muares. Esse fato fez com que surgissem hospedarias, e o povoado começasse a crescer. A localidade foi então elevada à categoria de município, com a denominação de Pontão, desmembrado de Passo Fundo, Sarandi, Ronda Alta e Carazinho. Depois é criado o distrito de Sagrisa, posteriormente anexado ao município de Pontão. Na divisão territorial, datada de 1999, o município é constituído de dois distritos: Pontão e Sagrisa. (Livro de história do município de Pontão, página 3-12). A população atual é estimada em 3.988 habitantes.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) de Pontão conta com duas Equipes de Saúde da Família: Centro-Sagrisa (ESF1), Fazenda Nony (ESF2) e também um Posto de Atendimento no centro do município. Não há hospital no município, sendo os atendimentos nesse nível realizados mediante encaminhamentos para o Hospital San Vicente e ou para o Hospital da Cidade, ambos localizados no município de Passo Fundo. As duas ESF são formadas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentistas, todos atuando em conjunto com dez agentes comunitários de saúde. As ESF do município atuam em articulação com as equipes do núcleo de controle de vetores, da vigilância sanitária e do núcleo de vigilância epidemiológica.

Conta-se também com um laboratório para realizar exames de hematologia e química sanguínea. Existe uma farmácia, na qual oferece os medicamentos básicos gratuitos, ainda conta-se com nutricionista e psicólogo.

Segundo os dados estimados, a UBS Pontão tem uma população de 3.988 habitantes, dos quais 48 são menores de 1 ano, 96 tem entre 1 e 5 anos, 591 tem entre 5 e 14 anos, 2.612 tem entre 15 a 59 anos, e 544 tem 60 ou mais anos de idade. É importante destacar existem na área da UBS 891 hipertensos e 255 diabéticos.

A Unidade está localizada na área urbana da cidade. Ela conta com os recursos humanos e materiais necessários para oferecer atenção à saúde de boa qualidade para todos os usuários, já que conta com 5 enfermeiras ,4 técnicas e uma

auxiliar em enfermagem, dois odontólogos, uma ginecologista obstetra, um pediatra, um psiquiatra e quatro clínicos gerais, nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudióloga, além de dois assistentes sociais e oito motoristas da secretaria de saúde. Nota-se que não existe excesso de demanda espontânea, já que o número de profissionais é suficiente para dar cobertura à área de abrangência.

Nossa estruturação é boa com diferentes ambientes, temos sala de curativo, três consultas médicas, salas de enfermagem (uma de controles de programas feita pela enfermeira padrão e outra para atendimento para urgências–emergências), sala de observação-nebulização, farmácia, salinha de digitação da produção diária de todos os profissionais, sala da secretaria de saúde, sala para os encaminhamentos para outras especialidades no hospitais, marcação de exames e transporte, salão de reunião, sala de vacinas, cozinha, dois banheiros, sala de esterilização e uma recepção onde se realiza o acolhimento de todos os usuários que procuram atenção.

Com relação aos recursos materiais, a Unidade conta com a maior parte dos equipamentos necessários para garantir a atenção básica de saúde aos usuários, tais como esfigmomanômetro, estetoscópio, colposcópio, otoscópio, espéculo para exames ginecológicos, termômetros, martelo percutor, diapasão, balança e demais materiais.

A maior dificuldade do nosso município está nos encaminhamentos para as diferentes especialidades, que é muito demorado, e nos exames de laboratório, que só são feitos após um mês da indicação, motivo pelo qual nosso trabalho fica limitado. A ESF (Estratégia Saúde da Família) está bem definida e a ABS (atenção básica de saúde) agora não está carente, só está faltando melhor organização dos serviços e muita intervenção da nossa equipe para solucionar os principais problemas de saúde da nossa população. Os diferentes programas que prioriza o SUS (Sistema Único de Saúde) estão bem organizados e cumprem os seus objetivos, a dotação de medicamentos para os doentes está carecendo de muitos remédios que o SUS proporciona pelo que muitas vezes é preciso indicar outros que eles não podem adquirir na nossa unidade e às vezes nem dinheiro tem para pegar eles em outras farmácias.

Para solucionar essas dificuldades é muito importante realizar um trabalho conjuntamente com os administrativos, o secretário de saúde e o pessoal da manutenção da secretaria de saúde e da prefeitura e fazer uma avaliação do pressuposto disponível de como adaptar os banheiros para que as pessoas com

deficiências possam utilizá-lo sem risco de acidentes, explicando a importância de fazer essa adaptação em curto prazo. Também é importante dar prioridade aos corrimões nos corredores e na rampa da entrada da UBS.

Observa-se que está se realizando um trabalho adequado com a comunidade, já que primeiramente se faz acolhimento com escuta atenta, tentando explicar para o usuário qual é a melhor opção de atendimento, prioriza-se e classificam-se os grupos de risco, realiza-se atenção domiciliar, onde se faz coleta de exame, curativos e outros procedimentos necessários. Desenvolvem-se ações educativas e desta forma influi-se positivamente na saúde do indivíduo e da comunidade mudando modos, condições e estilos de vida não saudáveis. Realizam-se encaminhamentos para os outros níveis sempre respeitando os protocolos de atuação, promove-se a participação ativa da comunidade no controle social e realizam-se reuniões mensalmente para avaliar a atenção prestada.

As dificuldades que existem nesse sentido é que não se tem uma equipe dedicada especificamente ao acolhimento, já que é realizado pelos médicos, enfermeiros e recepcionista, ou seja, por todos os trabalhadores da unidade básica de saúde e não está se fazendo um trabalho em conjunto com as escolas. Para solucionar esse problema existe uma estratégia que consiste em formar uma equipe de acolhimento e conveniar com o diretor da escola para que permita fazer o trabalho preventivo com as crianças.

As crianças em nossa unidade de saúde são atendidas uma vez por semana por um pediatra especialista, ele só faça atendimento a todos os casos que chegam seja para consulta de seguimento ou usuários doentes, não faz acompanhamento no desenvolvimento psicomotor das crianças até dois anos de idades mais, as mães não sabem como está seu filho em toda idade porque não há protocolo ou registro de atendimento para puericultura de acordo com o Ministério de saúde. Existem muitas crianças com doenças crônicas que são encaminhadas para médico especialista em Hospital Municipal ou Hospital da cidade pelo mau seguimento da área por parte do especialista em pediatria.

Sobre vacinas o município não tem dificuldades, todos os grupos etários são vacinados por igual. Uma das coisas positivas do centro são vacinação e pediatra por semana (um dia), deveria ficar oito horas para o atendimento completo, fazer palestras de nutrição, de crescimento e desenvolvimento adequado em crianças, prevenção de acidentes e anemias, importância de as consultas mensais, colocarem

tratamento preventivo as crianças desde seis meses com sulfato ferroso, exame laboratório na mesma idade.

Em relação ao programa do Pré-natal, este é realizado pela ginecologista do município que se encarrega de todas as consultas deste grupo da população, mediante um protocolo de atendimento e levando os dados no SISPRENATAL, também fazendo avaliação e monitoramento do grupo. São realizados grupos de gestantes que são desenvolvidos na UBS com a ginecologista e a enfermeira, onde se discutem temas educativos para as futuras mães. Um aspecto positivo do nosso pré-natal é que temos cobertura para todas as grávidas, garantindo desta maneira atenção integral durante toda a gravidez. Também temos deficiências, como a não participação das gestantes nos grupos e a não inclusão dos médicos da família nestas atividades. Esta ação programática sem dúvidas é de boa cobertura tem na nossa UBS apenas 75%, pelo fato de que a nossa ginecologista é a única autorizada para exercer este tipo de atendimento no município e sem governabilidade alguma a gente também não conseguiu atuar nesse grupo populacional. São realizadas atividades educativas em grupos de gestantes, além de que todas as consultas são programadas, mas quando a usuário tem uma situação aguda é atendida de imediato, existe protocolo de atendimento. Adverte-se que se realizam diversas atividades com as gestantes como planejamento familiar, promoção do aleitamento materno, de hábitos alimentares saudáveis e de atividade física no posto de saúde só.

O 75% das mulheres neste município são captadas antes das 12 semanas de gestação e não houve casos de morte materna neste ano, ainda encontra-se dificuldade com relação às gestantes faltantes a consulta, mas é em um número reduzido e as consultas são recuperadas, para isso se realiza um trabalho educativo com cada uma dessas para lograr uma assistência melhor, sabendo ademais que existe um número mínimo delas que tem atendimento por ginecologista privado.

O atendimento ao pré-natal está muito bem estruturado e organizado já que conta-se com registros das gestantes e todo o relacionado com seu seguimento médico, além do formulário especial de gestante tem-se um registro que facilita de forma rápida a informação da gestante, por exemplo: que riscos têm, quantos exames têm pendentes, quantos estão positivos, se tem tratamento, quando termina o tratamento, quando tem que realizar a próxima vacina, se tem algum

encaminhamento pendente e outras informações. O seguimento dessas usuárias é mensal até as 37 semanas de gestação, depois o seguimento é quinzenal, mas aquelas que têm maior risco tenta-se avaliar a cada quinze dias.

Em relação à Prevenção do Câncer de Colo de Útero e Controle do Câncer de Mama as ações realizadas são a indicação de exame cito-patológica preventiva e a mamografia, além das atividades educativas com cada uma das mulheres atendidas no serviço sobre os fatores de risco e sobre a importância da realização do auto-exame da mama. Essas atividades não são programadas, sendo necessário ter um controle do número de mulheres da área que realizam. Nota-se a necessidade de um arquivo específico para os registros de usuários, com informações, tais como: nome da usuária, idade, presença de doença prévia, riscos de câncer de mama, de colo de útero ou de outro problema de saúde, data da última mamografia e exame cito- patológico resultado e data do próximo exame. Estes programas estão com 91% de cumprimento na nossa UBS, atendendo dessa forma 1.000 mulheres para prevenção de câncer de colo de útero e 411 para prevenção de câncer de mama, com 780 (71%) de citologias atrasadas. Com 300 mamografias em dia pra um 73% e com um atraso dos 10% de mamografias atrasadas maior de três meses.

O atendimento aos usuários hipertensos, diabéticos e idosos também não é realizado de forma programática e sim a partir de demanda espontânea, usuários que vão à consulta porque tem alguma situação aguda da sua doença, já que não se tem ainda o número de usuários com essas doenças nem o número de idosos da área adstrita. Embora esteja funcionando os grupos de Hipertensão onde fazemos palestras educativas para os usuários, o nosso serviço até hoje nunca teve um protocolo técnico para estabelecer atendimentos para estes usuários, não existe registro específico e não fazemos monitoramento nenhum das ações que são feitas com eles. Como aspecto positivo, conseguimos aumentar a participação dos hipertensos e diabéticos nos grupos e incluímos grande parte dos membros da equipe para ajudar nestas atividades, embora o planejamento, monitoramento das ações e a qualidade da atenção ainda não funcionam, mas estamos trabalhando na parte organizativa. Acredito que fazendo agendamentos da próxima consulta dos hipertensos e diabéticos depois de serem avaliados pela equipe, podemos conseguir estabelecer um acompanhamento adequado que garanta as consultas que este

grupo precisa, além da criação dos arquivos específicos onde estejam salvos os dados referentes a cada doente de cada grupo, assim como as ações de saúde que são feitas com eles. Esta ação programática da saúde dos usuários hipertensos e diabéticos está com cobertura de 78% (426) e 37% (199) respectivamente, com uma avaliação em dia de saúde bucal 50 (20%) para diabéticos e 50(6%) para hipertensos.

Com relação a esta população já se desenvolve, na própria consulta, ações educativas sobre dieta adequada, prática de exercício físico, cumprimento do tratamento medicamentoso, acompanhamento da pressão arterial e glicose. Frequentemente, explicam-se sinais e sintomas de descompensação e de alarme para complicações, aproveita-se para indicar os exames complementares e programar a próxima consulta.

Considerando o exposto anteriormente acredita-se que o maior desafio que existe é o reforço do trabalho de prevenção e promoção em saúde. Acredita-se que seja muito importante trabalhar adequadamente com os determinantes do estado de saúde da população, já que é praticamente a base da saúde junto com os componentes como fortalecer o trabalho com equipes multidisciplinares e lograr uma participação ativa da comunidade no processo saúde e doença. Para cumprir estes desafios precisam-se levar em conta os recursos humanos e materiais entre outros fatores.

Dentro dessa perspectiva existem recursos materiais que podem ser utilizados para este fim, um fundo determinado pela prefeitura, além disso, estão disponíveis meios de comunicação como a rádio para o trabalho de promoção, carros com alto falantes, pôster, folders, com informações básicas de saúde para entregar aos usuários, entre outros, considera-se que esses recursos são suficientes para cumprir os desafios, já que a maioria deles não precisa tanto de recursos materiais, mas sim de recursos humanos.

Com respeito à saúde dos idosos apenas são realizados os atendimentos daqueles que procuram consulta médica na UBS e os que precisam atenção nos seus domicílios, mas na verdade não temos estabelecido o número de usuários idosos que estão dentro da nossa área de abrangência e só somos levados até aqueles que solicitam o atendimento na sua casa. Embora no preenchimento do Caderno das Ações Programáticas a cobertura esteja em 100%, a realidade nossa está muito distante, pois os idosos cadastrados até o ano passado superam o

número da média estabelecida no Brasil. Não temos protocolos ou manuais técnicos para o seu atendimento, nem registro nenhum dos atendimentos que são feitos aos idosos, como também não monitoramos nada deste grupo. Lembrando que a caderneta do idoso foi solicitada para facilitar o trabalho e preencher os dados em um arquivo específico que queremos criar deste grupo da população. Posso concluir que seria de muita importância fazer um trabalho de priorização deste grupo populacional.

Com respeito à saúde bucal existe um trabalho feito pela dentista específica que realiza trabalho nas escolas por grupos de idades duas vezes por semana e assim da cobertura a atenção à saúde escolar, o indicador varia segundo as idades e cumpre o atendimento quase dos 100% das crianças. Mais na UBS também tem atendimentos agendados e por demandas espontâneas sem dificuldades conjuntamente com atividades de saúde, higiene bucal e ações coletivas. A atenção saúde bucal das gestantes é péssimo, aproximadamente (10%) de todas as cadastradas porque para elas não é importante independentemente de todas as orientações e palestras que se oferecem na UBS. Em geral a saúde bucal no município tem assistência mantida diariamente.

Elegemos com um dos maiores desafios, o cadastramento de todos os usuários e organização do nosso trabalho, os quais estabeleceram como prioridade, a criação dos arquivos identificados com os grupos atendidos pela nossa UBS, como exemplo, os arquivos de câncer de mama e câncer de colo de útero, hipertensos, diabéticos, idosos. Para a parte estrutural, acredito que com a terminação da obra da construção da UBS garantindo desta maneira as transformações necessárias tais como: pisos lisos por antiderrapantes, habilitação de um banheiro com espaço para fazer manobras com usuários cadeirantes e a colocação de corrimãos nos corredores.

Comparando o texto relatado na segunda semana de ambientação e o relatório atual, podemos ver que se identificaram os principais problemas de saúde que afetam a população, se realizou a toma de decisões para melhorar os mesmos, ou seja, para melhorar os dados de morbidade e mortalidade.

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

Fazendo a releitura dos textos Situação da ESF/APS e Relatório da Análise da Situação de Saúde posso dizer que certamente depois de ter trabalhado ao longo destas semanas e confirmado realmente as nossas deficiências e estabelecido as maiores prioridades eu vejo uma relação bem similar da primeira postagem com esta última, pois na realidade foram identificadas as prioridades a ser resolvida, a organização ao atendimento do usuário, a necessidade de ampliar a escuta destes usuários e melhorar as condições estruturais para garantir o aceso seguro dos mesmos ao posto de saúde.

Também pude perceber que os programas de atendimento aos diferentes grupos não estão sendo bem desenvolvidos como foi a minha primeira impressão, mas acredito mesmo que foi proveitoso o percurso deste tempo de investigação para determinar problemas e estabelecer prioridades para melhorar a atenção em saúde. Estas semanas de estudo têm me ajudado grandemente na compreensão dos principais problemas que estão acontecendo na minha UBS e também têm ajudado na união dos representantes da equipe que agora fazemos juntos uma análise da situação de saúde com vistas ao melhoramento da atenção à saúde da população de Pontão.

Ao fazer este exercício de reflexão posso afirmar que a minha primeira impressão foi reafirmada ao longo destas semanas de estudo com os dados específicos que preenchi sobre a situação dos exames complementares e o trabalho com os diferentes grupos com DCNT (doenças crônicas não transmissíveis). Agora estou trabalhando nos principais desafios que dependem do meu atuar e da equipe de saúde para conseguir solucionar as principais dificuldades que existem no âmbito da minha UBS e assim ajudar para que a saúde seja mais preventiva e melhor proporcionada.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

O Brasil não é exceção à tendência observada na maioria dos países. Desde a década de 60, observam-se os processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional no País, que resultam em alterações nos padrões de ocorrência das patologias. Entre elas encontramos doenças propriamente dos idosos como a hipertensão arterial sistêmica, as doenças respiratórias crônicas, o câncer de pulmão, hiperlipidêmicas crônicas e a diabetes mellitus (BRASIL, 2007). Nessa perspectiva, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) configura-se como elemento-chave no desenvolvimento das ações de controle da saúde dos idosos. A ESF, mediante as ações da equipe multidisciplinar, atua na promoção da saúde, na prevenção, recuperação e reabilitação dessas doenças, na manutenção da saúde e no estabelecimento de vínculos de compromisso e de co-responsabilidade. Os idosos podem sofrer uma doença silenciosa progressiva, que quando se percebe, é um quadro clínico intenso, por isso é interessante que todos os profissionais da saúde estejam envolvidos no processo de intervir nesses quadros. Fazer uma intervenção nessa população é muito importante, na medida que o número de pessoas acometidas pode ser muito superior ao encontrado, determinando isto a principal causa da escolha do foco pela equipe de trabalho.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) de Pontão conta com duas Equipes de Saúde da Família: Centro-Sagrissa (ESF1), Fazenda Nony (ESF2) e também um Posto de Atendimento no centro do município. Não há hospital no município, sendo os atendimentos nesse nível realizados mediante encaminhamentos para o Hospital San Vicente e ou para o Hospital da Cidade, ambos localizados no município de Passo Fundo. As duas ESF são formadas por médicos, enfermeiros, técnicos de

enfermagem, dentistas, todos atuando em conjunto com dez agentes comunitários de saúde. As ESF do município atuam em articulação com as equipes do núcleo de controle de vetores, da vigilância sanitária e do núcleo de vigilância epidemiológica. A escolha dessa intervenção foi realizada em reuniões com toda a equipe da UBS, levamos em conta diversos aspectos, tais como a nossa baixa cobertura desses usuários, o número de idosos que procuram a UBS com complicações como prostração, acamamento, quedas, cardiopatias hipertensivas e pé diabético, ou mesmo aqueles que nos procuram em busca de informações como prevenir essas doenças crônicas que afetam tantos idosos. Sendo assim, é necessário ir a campo e atuar diretamente com esse público, procurando levar informações a respeito da importância de se procurar a UBS para prevenção e/ou tratamento dessas enfermidades. Temos, em nossa área, 326 idosos sob acompanhamento, número bem inferior ao estimado pelo Caderno de Ações Programáticas, que é de 544 idosos. Com esta intervenção queremos chegar a 100% e cobertura desta população, para oferecer cuidados qualificados de saúde e contribuir para que todos tenham melhor qualidade de vida.

Com relação à adesão da população estes comparecem de forma regular às atividades realizadas na UBS. São desenvolvidas muitas atividades de estímulo aos cuidados com a saúde, tais como panfletagens, visitas domiciliares e propagandas no rádio. Toda semana realizamos reuniões com toda a equipe para abordarmos assuntos relacionados com a qualidade do atendimento e com a vinculação dos usuários à Unidade. Sempre procuramos atuar não só na doença, mas, sobretudo na promoção de saúde e na prevenção de doenças. Como todo processo de intervenção, este também envolve dificuldades, entre elas estão as de conseguir identificar os grupos de riscos e de encontrar os usuários em suas residências, além de problemas relacionados com os encaminhamentos para outras Unidades, (referência e contra-referência), pois muitos idosos tem dificuldades para se deslocarem do bairro para centros especializados mais distantes.

A intervenção conta com apoio de toda a equipe de saúde, da Secretaria de Saúde e da Prefeitura Municipal, todos empenhados em melhorar a qualidade do atendimento à saúde dos idosos. Acredito que a intervenção permitirá essa melhoria, pois vamos atuar valorizando a promoção da saúde e a prevenção das doenças, além de garantirmos cuidados qualificados para os que já tem problemas importantes de saúde que isto poderá melhorar a atenção a saúde dos nossos

idosos porque vamos fazer medicina preventiva mediante a promoção de saúde para garantir uma melhor velhice para os nossos idosos.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a qualidade da atenção à saúde dos idosos na UBS/ESF de Pontão, Rio Grande do Sul.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a usuários idosos.

Meta 1.1. Cadastrar 100% dos usuários idosos da área de abrangência no Programa de Atenção Saúde do idoso da unidade de saúde.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção aos usuários idosos.

Meta 2.1. Realizar avaliação multidimensional apropriado em 100% dos idosos.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos idosos com doenças crônicas.

Meta 2.3. Garantir a 100% dos idosos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4. Priorizar a prescrição de medicamentos para 100% dos idosos da farmácia popular.

Meta 2.5. Cadastrar 100% dos idosos ou com problemas de locomoção (estimativa dos 8% dos idosos).

Meta 2.6. Realizar visitas domiciliares a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

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

Meta 2.8. Realizar 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmhg para Diabetes Mellitus.

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

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

Objetivo 3. Melhorar a adesão de usuários idosos ao programa

Meta 3.1. Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos idosos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2. Distribuir a caderneta de saúde da pessoa idosa a 100% dos idosos cadastrados.

Objetivo 5. Mapear os usuários idosos de risco para doença cardiovascular

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

Meta 5.2. Buscar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% dos idosos.

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

Objetivo 6. Promover a saúde de usuários idosos

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos idosos.

Meta 6.2. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários idosos.

Meta 6.3. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários idosos. (Incluindo higiene de próteses dentárias).

2.3 Metodologia

Trata-se de um projeto a ser realizado durante 12 semanas do ano de 2015, com os idosos residentes na área de abrangência da UBS Pontão, no Município de Pontão/RS. Tal unidade conta atualmente num total de 3988 pessoas, das quais 544 se encontram na faixa etária acima dos 60 anos, sendo consideradas idosas de acordo com critérios adotados pelo estatuto do idoso. Atualmente 315 idosos são acompanhados pelo programa de atenção à saúde do idoso da Unidade.

Para a coleta de dados será utilizada a ficha espelho proposta pelo Curso de Especialização da UNASUS/UFPel, que permitirá a alimentação da Planilha de

Coleta de Dados, através da qual serão calculados os Indicadores de Monitoramento e Avaliação do projeto.

2.3.1 Detalhamento das ações

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

Meta 1.1: Cadastrar 100% dos idosos da área de abrangência no Programa de Atenção Saúde dos idosos da unidade de saúde

Monitoramento e avaliação:

Detalhamento da Ação: - Monitorar o número de idosos cadastrados no Programa de Atenção Saúde dos idosos da unidade de saúde

O monitoramento das ações será realizado semanalmente. Este se dará por meio dos registros realizados pelos profissionais da equipe. Os registros serão realizados nos prontuários, no caderno de doenças crônicas não transmissíveis, no caderno de vacinação e na Ficha Espelho a ser utilizada durante a intervenção. Assim, a cada 7 dias, em reuniões agendadas, os membros da equipe toda, farão checagem dos idosos cadastrados e dos registros efetuados.

Organização e gestão do serviço

Detalhamento da Ação:

- Acolhimento dos idosos cadastrados no Programa.
- Garantir o registro de todos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde.

Será realizado o cadastramento de todos os idosos da área adstrita. O acolhimento será realizado pela enfermeira e pela técnica em enfermagem da unidade. Os usuários com cifras tensionais elevadas ou cifras de glicemia elevada serão assistidos na própria consulta, para ampliar a captação precoce, sem a necessidade de agendar consulta. Os idosos hipertensos e diabéticos que procurarem a UBS com problemas agudos serão assistidos no mesmo turno, para agilizar o tratamento e prevenir complicações.

Engajamento público

Detalhamento da Ação:

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Saúde dos idosos da unidade de saúde.

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

A comunidade será esclarecida sobre a importância da prevenção e tratamento das doenças crônicas dos idosos e de suas complicações, e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde. Será esclarecido sobre a prioridade de atendimento a esse grupo de doenças. Este esclarecimento será realizado por meio das visitas domiciliares realizadas pelos membros da equipe, cartazes na unidade, escola, igreja e, também, realizado em todas as consultas/atendimentos realizadas por toda equipe. Serão utilizados também textos educativos e distribuídos na comunidade durante as visitas domiciliares. Esse esclarecimento será realizado, também, nos grupos educativos realizados toda semana na unidade e nas reuniões mensais realizadas com líderes comunitários e outros moradores.

Qualificação da prática clínica

Detalhamento da Ação:

- Capacitar os ACS para o acolhimento dos idosos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

- Capacitar os ACS para o cadastramento de idosos com doenças crônicas de toda área de abrangência da unidade de saúde.

- Capacitar à equipe da unidade de saúde na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço.

- Capacitação da equipe de saúde para a Política Nacional de Humanização.

A capacitação dos profissionais da unidade vai ser feita na própria unidade, pelo médico e pela enfermeira, em atividades quinzenais envolvendo todos os profissionais da equipe. A capacitação dos ACS vai ser feita na unidade de saúde, também a cada 15 dias, pelo médico e pela enfermeira da equipe.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção aos usuários idosos.

Meta 2.1. Realizar avaliação multidimensional apropriado em 100% dos idosos.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos idosos com doenças crônicas.

Meta 2.3. Garantir a 100% dos idosos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4. Priorizar a prescrição de medicamentos para 100% dos idosos da farmácia popular.

Meta 2.5. Cadastrar 100% dos idosos ou com problemas de locomoção (estimativa dos 8% dos idosos).

Meta 2.6. Realizar visitas domiciliares a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

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

Meta 2.8. Realizar 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmhg para Diabetes Mellitus.

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

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

Monitoramento e avaliação

Detalhamento da Ação:

- Monitorar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos acompanhados pela unidade de saúde.
- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários idosos acompanhados na unidade de saúde.
- Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo ao protocolo adotado na unidade de saúde.
- Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada.
- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
- Monitorar o número de idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmhg, submetido a rastreamento para DM periodicamente.
- Monitorar a avaliação da necessidade tratamento odontológico de idosos.
- Monitorar número de idosos cadastrados na unidade de saúde em acompanhamento odontológico.

O monitoramento das ações será realizado semanalmente. Este se dará por meio dos registros utilizados e realizados pelos profissionais da equipe no prontuário odontológico. Assim, a cada 7 dias, em reuniões agendadas, o odontólogo e pela Auxiliar de saúde bucal, farão checagem dos usuários cadastrados e dos registros

efetuados. Desta forma, será verificada a situação do idoso quanto ao tratamento odontológico e a data da próxima consulta, que será informada aos ACS na reunião de equipe.

Organização e gestão do serviço

- Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropômetro, Tabela de Snellen).
- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.
- Garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa.
- Organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção.
- Melhorar o acolhimento para os idosos com HAS, garantindo material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica).
- Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM, garantindo material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde, criando um sistema de alerta na ficha de acompanhamento dos idosos.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos idosos cadastrados na unidade de saúde.
- Organizar a ação para acolhimento a idosos na unidade de saúde.
- Organizar agenda de saúde bucal para a realização do atendimento dos idosos com doenças crônicas provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico e oferecer atendimento prioritário aos idosos na unidade de saúde.
- Monitorar a utilização de serviço odontológico por idosos da área.

Detalhamento da Ação:

No exame clínico dos usuários, a enfermeira e a técnica de enfermagem aferirão a pressão e realizarão o teste de glicemia. O médico realizará o exame clínico e o odontólogo realizara o exame bucal.

Quanto aos exames complementares, a secretaria de saúde ajudará com a sua agilização, garantindo sua realização em até dois dias depois da requisição. Será

estabelecido um sistema de alerta, por parte de técnica de enfermagem, que acompanhará o andamento dos pedidos de exames e controlará o estoque dos medicamentos semanalmente.

Quanto ao atendimento odontológico, o acolhimento aos idosos será realizado pela auxiliar de saúde bucal da unidade. Os usuários da população alva com queixas odontológicas serão assistidos na consulta e cadastrados no programa, para ampliar a captação e garantir o atendimento imediato. Todos os que vierem à consulta odontológica sairão da unidade com a próxima consulta agendada.

Engajamento público

Detalhamento da Ação:

- Orientar os usuários e a comunidade quanto à 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.

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao idoso da unidade da unidade de saúde.

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

- Orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar. - Orientar a comunidade sobre a disponibilidade acamados ou com problemas de locomoção.

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

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

- Informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de idosos e de sua importância para saúde geral.

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

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

A comunidade será esclarecida sobre a importância da realização de exames de avaliação e sobre a prevenção de complicações. Será esclarecida também quanto à prioridade de atendimento aos hipertensos e diabéticos. Serão utilizados também textos educativos sobre a realização de exames, a serem distribuídos na comunidade durante as visitas domiciliares. Esse esclarecimento será, prestado também nos grupos educativos, realizados semanalmente na unidade. Nas reuniões semanais, realizadas com as pessoas da comunidade e líderes comunitários, esses temas também serão discutidos.

Qualificação da prática clínica

Detalhamento da Ação:

- Capacitar os profissionais para o atendimento aos idosos de acordo com o protocolo adotado pela unidade de saúde.
 - 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 clínica.
 - Capacitar a equipe da UBS para registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.
 - Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares.
 - 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.
- Orientar os ACS sobre cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.
 - Capacitar à equipe em verificação da pressão arterial de forma adequado do manguito.
 - Capacitar a equipe para realização de hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmhg ou para o diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.
 - Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos idosos.

- Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para serviços odontológicos.

- Capacitar os ACS para captação de idosos, ademais dos cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática em idosos.

A capacitação da equipe será feita na unidade de saúde, semanalmente, tirando dúvidas sobre o exame clínico apropriado, orientando sobre o protocolo para solicitação de exames complementares, sobre o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular, sobre o tratamento dos idosos com doenças crônicas e sobre a avaliação da necessidade de atendimento odontológico destes usuários. Os encarregados por essas atividades serão o médico e enfermeira.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de idosos ao programa.

Metas

Meta 3.1. Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Monitoramento e avaliação

Detalhamento da Ação:

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

O monitoramento das ações será realizado semanalmente. Este se dará por meio dos registros realizados pelos profissionais da equipe nos prontuários. Assim, a cada 7 dias, em reuniões agendadas, a equipe toda, farão checagem dos cadastrados e dos registros citados.

Organização e gestão do serviço

Detalhamento da Ação:

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

Será realizada a pesquisa de todos os faltosos da população alvo da área adstrita, pelos agentes de saúde e técnica de enfermagem, de forma semanal, durante as visitas domiciliares. Os profissionais contarão com transporte através de veículo cedido pela secretaria de saúde.

O acolhimento aos usuários que retornarem à Unidade será realizado pela enfermeira da unidade, que os atenderá sem a necessidade de agendamento de

consulta. Os usuários provenientes das buscas domiciliares, que procurarem a UBS com problemas, serão assistidas no mesmo turno, para agilizar o tratamento. Os que buscarem consulta de rotina terão prioridade no agendamento, com espera de no máximo 3 dias. Todos os que vierem a consulta sairão da unidade com a próxima consulta agendada.

Engajamento público

Detalhamento da Ação:

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos idosos (se houver número excessivo de faltosos).
 - Esclarecer aos portadores de doenças crônicas e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.
 - Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos idosos com doenças crônicas (se houver número excessivo de faltosos).
 - Esclarecer aos usuários idosos e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

A comunidade será esclarecida sobre a importância da periodicidade das consultas na unidade de saúde. Será esclarecida também sobre a prioridade de atendimento aos idosos. A equipe irá ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos usuários idosos e com doenças crônicas, com questionamentos nas visitas domiciliares e nas consultas/atendimentos e nas reuniões mensais realizadas com as pessoas da comunidade e líderes comunitários.

Qualificação da prática clínica

Detalhamento da Ação:

- Capacitar os ACS para a orientação de usuários idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.
- Definir com a equipe a periodicidade das consultas.

As capacitações serão realizadas semanalmente na unidade de saúde, pela enfermeira, para orientar e lembrar sempre os ACS sobre a importância da prestação de orientações aos idosos quanto à presença nas consultas e sua periodicidade.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Metas:

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos idosos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

Detalhamento da Ação:

- Monitorar a qualidade dos registros de todos os idosos acompanhados na unidade de saúde.

- Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da pessoa idosa.

O monitoramento será realizado de forma semanal, pela enfermeira, monitorando a qualidade dos registros utilizados e realizados pelos profissionais da equipe e os registros da caderneta de saúde. Desta forma, será verificada sua qualidade e a possível correção de erros.

Organização e gestão do serviço

Detalhamento das ações

- Manter as informações do SIAB atualizadas

- Implantar a ficha/planilha de acompanhamento.

- 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 de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Será implantada a ficha de acompanhamento, dando conhecimento à equipe sobre a importância do registro adequado das informações e da atualização semanal das informações do SIAB. A Enfermeira será a responsável pelo monitoramento dos registros. Ante situações de alertas de atrasos nas consultas e exames ou outro tipo de atendimento, a enfermeira e o médico atuaram para dar solução às mesmas.

Engajamento público

Detalhamento da Ação

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

A comunidade será orientada sobre seu direito à segunda via dos seus registros na unidade de saúde. Este esclarecimento será realizado nas visitas domiciliares a serem realizadas pelos membros da equipe, nas consultas/atendimentos, nos grupos educativos, e também nas reuniões mensais com a comunidade e seus líderes.

Qualificação da prática clínica

Detalhamento da Ação:

- Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos idosos.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Na unidade de saúde, durante toda a intervenção, o médico e enfermeira farão as capacitações à equipe para o preenchimento adequado de todos os registros para acompanhamento da população alvo.

Objetivo 5. Mapear idosos de risco para doença cardiovascular

Metas:

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos idosos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos idosos com doenças crônicas cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

Detalhamento da Ação:

- Monitorar o número de usuários idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área por ano.
- Monitorar o número de usuários idosos investigados para indicadores de fragilidade na velhice.
- Monitorar a realização de avaliação da rede social de todos os idosos.

O monitoramento será realizado semanalmente. Este se dará por meio dos registros utilizados e realizados pelos profissionais da equipe nos prontuários. Assim, a cada 7 dias, em reuniões agendadas, os membros da equipe, farão a checagem dos registros citados. Desta forma, será verificada a realização das avaliações de risco de morbimortalidade, da fragilização na velhice e da rede social dos idosos.

Organização e gestão do serviço

Detalhamento da Ação

- Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco de morbimortalidade.

- Priorizar o atendimento idoso fragilizados na velhice.

- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Os usuários avaliados como de alto risco serão assistidos no mesmo turno, para agilizar o tratamento e prevenção das complicações.

Sairão da unidade com a próxima consulta agendada.

Engajamento público

Detalhamento da Ação

- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

- Orientar os idosos fragilizados e a comunidade.

- Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

A comunidade será orientada dos riscos que estão expostos e sobre a importância do acompanhamento e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde. Será esclarecido sobre a prioridade de atendimento desses grupe alvo. Este esclarecimento será realizado por meio das visitas domiciliares realizadas pela equipe, cartazes na unidade, escola, igreja e, também, realizado em todas as consultas/atendimentos realizadas por toda equipe. Serão utilizados também textos educativos e distribuídos na comunidade durante as visitas domiciliares sobre o adequado controle de fatores de risco modificáveis. Esse esclarecimento será realizado, também, nos grupos educativos realizados toda semana na unidade. Nas reuniões mensais realizadas com as pessoas da comunidade e líderes comunitários,

serão discutidos esses temas a fim esclarecer as dúvidas na modificação dos fatores de risco.

Qualificação da prática clínica

Detalhamento da Ação:

- Capacitar a equipe para realizar identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade dos idosos.

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

- Capacitar a equipe para avaliar a redes sociais dos idosos.

Estas capacitações serão feitas no primeiro mês pelo médico e enfermeira da na unidade de saúde.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos idosos.

Metas:

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos idosos.

Meta 6.2. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários idosos.

Meta 6.3. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários idosos.

Serão feitas conversas de forma semanal na unidade de saúde com os grupos da população alva para orientar nestes temas, com a participação do nutricionista nas orientações sobre alimentação saudável, do preparador físico nas orientações sobre a importância da atividade física, do médico e da enfermeira orientaram nas orientações sobre os riscos de tabagismo, e do odontólogo e da auxiliar de saúde bucal nas orientações sobre a higiene bucal.

Monitoramento e avaliação

Detalhamento da Ação:

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

- Monitorar o número de idosos com obesidade/desnutrição.

- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos idosos.

- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos idosos.

O monitoramento das orientações será realizado semanalmente. Este se dará por meio dos registros utilizados e realizados pelos profissionais da equipe. E também nas visitas domiciliares e consultas mediante o conhecimento adquirido pelo usuário sobre riscos de tabaquismo, a importância da saúde bucal, a atividade física e saúde nutricional. Desta forma, será verificada a adesão dos usuários às orientações feitas pela equipe.

Organização e gestão do serviço

Detalhamento da Ação

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.
- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.
- Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Será realizado praticas coletivas para orientação de atividade física e sobre alimentação nutricional semanalmente na unidade de saúde contando com a ajuda do nutricionista e educadores físicos do município. Será organizado o tempo médio das consultas pelo médico para melhorar as orientações em nível individual.

Engajamento público

Detalhamento da Ação

- Orientar idosos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.
- Orientar idosos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.
- Orientar os idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Orienta-se à comunidade da população alva e seus familiares sobre a importância duma alimentação saudável, a pratica de atividade física regular, a necessidade duma boa higiene bucal. Este esclarecimento será realizado por meio das visitas domiciliares realizadas pelos membros da equipe, cartazes na unidade, escola, igreja e, também, realizado em todas as consultas/atendimentos realizadas

por toda equipe. Serão utilizados também textos educativos e distribuídos na comunidade durante as visitas domiciliares. Esse esclarecimento será realizado, também, nos grupos educativos realizados toda semana na unidade. Nas reuniões mensais realizadas com as pessoas da comunidade, líderes comunitários, com a ajuda do nutricionista da área e educadores físicos serão discutidos esses temas a fim esclarecer as dúvidas.

Qualificação da prática clínica

Detalhamento da Ação:

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular
- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

As capacitações serão feitas pelo médico e enfermeira na unidade de saúde, de forma semanal para a equipe de saúde, abordando um tema cada semana, durante toda a intervenção.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a usuários idosos.

Meta: 1.1. Cadastrar 100% dos idosos da área de abrangência no Programa de Atenção Saúde dos idosos da unidade de saúde

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção aos idosos na unidade de saúde.

Numerador: Número de idosos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa Saúde dos idosos da unidade de saúde.

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

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção aos usuários idosos.

Meta 2.1. Realizar avaliação multidimensional apropriado em 100% dos idosos.

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

Numerador: Número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida.

Denominador: Número total de idosos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos idosos incluindo exame de pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso.

Indicador 2.2. Proporção de idosos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de idosos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de idosos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente na área da UBS.

Meta 2.4. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos idosos cadastrados na unidade de saúde.

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

Numerador: Número de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/UBS.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa com prescrição de medicamentos.

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

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

Numerador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção residentes na área.

Denominador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção pertencentes à área.

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes a área.

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

Indicador 2.8. Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

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

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

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

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

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

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

Indicador 2.10 Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

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

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de residência da UBS.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de idosos ao programa.

Meta 3.1. Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1. Proporção de idosos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de idosos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de idosos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos idosos cadastrados na unidade de saúde.

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

Numerador: Número de idosos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de idosos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Numerador: Número de idosos com Caderneta de Saúde da pessoa idosa.

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

Objetivo 5. Mapear idosos de risco para doença cardiovascular

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

Indicador 5.1 Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia do risco cardiovascular em 100% dos idosos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

Indicador 5.3 Proporções de idosos com avaliação de rede social em dia.

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.

Denominador: Número total de idosos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos idosos.

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Indicador 6.1. Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% dos idosos.

Numerador: Número de usuários idosos com orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de idosos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.2. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários idosos.

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

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

Denominador: Número de idosos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.3. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários idosos. (incluindo higiene de próteses dentárias)

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

Numerador: Número de usuários idosos com orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de idosos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de Atenção à Saúde dos Idosos vamos a adotar como protocolos o Caderno de Atenção Básica, n. 19 do Ministério da Saúde chamado Envelhecimento e saúde da pessoa idosa e o Manual Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento da Área Técnica Saúde do Idoso do Ministério da Saúde publicado em 2010 .

Utilizaremos uma ficha espelho fornecida pelo Curso para mantermos agrupadas as informações dos idosos (Anexo C), além disso vamos utilizar uma

planilha de coleta de dados com todas as informações que se precisam para quantificar os dos indicadores, para que desta maneira o médico e a enfermeira consigam monitorar os dados da intervenção. Estimamos alcançar com a intervenção 544 idosos, portanto precisaremos deste mesmo total de fichas espelho para idosos.

O acolhimento aos idosos que procuram a unidade de saúde será realizado pela técnica de enfermagem, e os mesmos terão atendimento prioritário, seja os que procuram consultas de rotina ou com problemas agudos, e sairão da consulta com a próxima consulta agendada.

Nas visitas domiciliares e na própria UBS, a comunidade será sempre informada sobre a importância da realização das consultas pelos idosos, sobre a facilidade de realizá-las na unidade de saúde, sobre o atendimento prioritário aos idosos e a importância do acompanhamento regular dos mesmos pela equipe de saúde, principalmente avaliação clínica realizada mensalmente pelo médico.

Para fazer a organização do registro específico do programa, a enfermeira revisará o livro de registro identificando todos os usuários idosos que vieram para se consultar nos últimos três meses. A profissional localizará os prontuários destes idosos e transcreverá todas as informações disponíveis para esta ficha espelho. Ao mesmo tempo vai realizar o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso, aquisição dos remédios e vacinas em atraso.

As capacitações serão realizadas na própria UBS. Acontecerão ações como: o conhecimento do protocolo de atenção, o uso das fichas individuais, de espelho e acompanhamento, a avaliação clínica de risco, o exame físico específico das lesões de órgãos alvo, uma adequada técnica de realização de toma de pressão arterial e hemoglicoteste, a educação sanitária e atividades de promoção de saúde. Estas atividades serão realizadas no transcurso da intervenção semanalmente de uma hora de duração depois das 4 horas da tarde, pois desta maneira vamos conseguir a incorporação progressiva das atividades evitando sobrecargas aos profissionais de saúde. Cada membro da equipe será responsável por estudar uma parte do protocolo e exporá o conteúdo aos outros membros para amenizar a exposição. Realizaremos atividades de busca ativa de usuários faltosos pelos ACS e visitas domiciliares duas vezes por semana nas diferentes comunidades. Temos uma estimativa aproximada de 25 usuários por semana. Nas buscas dos usuários

faltosos o médico não vai estar presente na visita, elas serão feitas pelos ACS e as enfermeiras e estas vão ocorrer sempre que houver a segunda falta a consulta, e a notificação vai ser feita durante as visitas mediante um controle que vai ser levado pelas enfermeiras.

A realização de busca e captação dos usuários nas comunidades e áreas comuns irão nos ajudar a cumprir o sistema de visitas as comunidades em conjunto, iremos as associações comunitárias, semanalmente, onde a nossa equipe vai realizar atividades em grupos e atendimentos individualizados e os ACS levarão os usuários faltosos ou que precisam de avaliação médica, tendo uma expectativa de aproximadamente 10 casos por semana. A equipe dispõe de um veículo só para a atenção a saúde da família, o qual será utilizado para sair as comunidades, tendo como horário as segundas férias de tarde e as quartas férias de manhã. A associação já foi comunicada da presença de um membro da equipe 1 vez por semana, e as diferentes comunidades serão atendidas também nessas visitas para fazer a captação dos usuários.

Para realização de exames complementares, avaliação de saúde bucal, tratamento medicamentoso e atividades educativas individuais, o médico na consulta solicitará os ECG e os exames necessários segundo protocolo de atenção aos usuários Idosos os que serão realizados segundo a fila de espera do SUS conseguindo com o gestor municipal um total de 20 exames semanais. Agendaremos a próxima consulta e também a consulta com o odontólogo de nosso município, na mesma hora do atendimento. Sendo aproximadamente um total de 2 usuários por dia, e este profissional realizará atividades de promoção de saúde individualmente com os usuários.

Para o monitoramento de dados, semanalmente a enfermeira e o médico vão realizar uma revisão dos dados das fichas grupais e espelho, para determinar em conjunto com os ACS, se será realizada a busca de usuários faltosos ou com atrasos e agendarão as consultas na semana próxima e o número deles que estão nesta situação. Os dados serão colocados na ficha de atendimento de forma mensal pelo médico e/ou enfermeira. A enfermeira vai ficar responsável pela alimentação da planilha do curso utilizando um computador que está situado na sua sala, e esta planilha será atualizada semanalmente.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvida

O projeto de Intervenção, focado na atenção à saúde dos idosos, foi desenvolvido na UBS de Pontão, localizada no município do mesmo nome, no Estado do Rio Grande do Sul. Para realizar a intervenção no programa de Atenção à Saúde dos Idosos adotamos como protocolos o Caderno de Atenção Básica, n. 19 do Ministério da Saúde chamado Envelhecimento e saúde da pessoa idosa e o Manual Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento da Área Técnica Saúde do Idoso do Ministério da Saúde publicado em 2010 .

Apesar de uma grande parcela dos atendimentos realizados pela Unidade fossem de usuários idosos, eram necessárias muitas melhorias nos processos de trabalho e nos registros desses atendimentos. Para isso, foram desenvolvidas ações em quatro eixos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica, todas detalhadas no projeto elaborado para a intervenção. O cronograma de trabalho foi parte importante do planejamento desse projeto, porque foi um guia para a realização das ações previstas para cada semana. A intervenção teve 12 semanas de duração, beneficiando diretamente 315 idosos.

Esse período foi de muito trabalho e bons resultados apesar das dificuldades relacionadas com o clima, com muitas chuvas e ventos que geraram dificuldades para o acesso dos usuários a unidade e com o transporte dos profissionais para realizarem as atividades programadas. No entanto, com o passar das semanas, o clima foi melhorando consideravelmente. O trabalho gerou algum estresse na equipe, porque a carga de usuários de toda a população é enorme e toda equipe

estava preocupada com os pelos resultados, mais isso não fez com que desanimássemos ou desistíssemos do projeto.

Como a UBS conta com um grande número de idosos que pertencem a nossa área de abrangência fizemos uma priorização por casos mais vulneráveis para desta maneira garantir a atenção dos acamados e com problemas de locomoção. Para isso, contamos com ajuda dos ACS que são os que estão mais perto dos usuários e conhecem as suas necessidades. No começo a média de visitas domiciliares foi de 8 a 10 por semana e foram feitos no domicilio todos os exames para ter noção de como está a visão, audição, fragilidade capilar e o grau de dependência e necessidade do cuidador logo depois conseguimos aumentar para 15 por semanas obtendo grandes resultados enquanto as mudanças que conseguimos fazer nos estilos de vida das pessoas.

Durante o preenchimento das cadernetas dos idosos notamos que quando eles vêm sem acompanhante, à consulta, na maioria das vezes, eles não sabem nos dizer dados importantes, como o tempo que já tomam remédios, se tiveram alguma queda, se são alérgicos a algum medicamento, quando foi a sua última internação, se fazem os exames complementares com periodicidade, enfim, dados que mostram argumentos valiosos a nossa intervenção coisa que aconteceu ao longo da intervenção toda mesmo sendo preconizado um acompanhante por adulto maior.

A planilha de coleta de dados dos idosos não oferece a possibilidade de saber qual é especificamente a doença do idoso, pois não dá para distinguir se são hipertensos, diabéticos ou as duas coisas ao mesmo tempo, mas foi bem implementada e retroalimentada sem atrasos. A ficha espelho com todas as informações que contém, achamos que está mais completa do que a planilha de coleta de dados e por sorte conseguimos preencher ela sem dificuldades.

Previamente a consulta, sempre foi feito um acolhimento com esses usuários, além disso, sempre fizemos a aferição da pressão artéria, o teste de HGT, às medidas de peso, altura e temperatura de cada um deles. Os atendimentos clínicos aconteceram organizadamente, de forma integral com o médico e enfermeira na consulta juntos com o usuário, fizemos a escuta e a interrogação para determinar os seus problemas e as soluções possíveis, conseguindo assim aplicar a AMDR a cada usuário e detectar síndromes demenciais, transtornos depressivos e alterações

sensoriais. Nesse trabalho, percebemos o grau de satisfação dos usuários com este tipo de atendimento totalmente novo para eles, pois quando se escuta, examina e orienta os usuários, com certeza acontecem mudanças positivas na vida deles.

Os faltosos não foram tantos como esperávamos, ou pelo menos, como a equipe falava no início, mas todos os faltosos, 100% receberam visitas dos ACSs fazendo a busca ativa no dia seguinte ou na mesma semana para saber as causas da falta e tentar recuperar a consulta perdida.

Os registros dos exames foram feitos pelo médico ou enfermeira em cada consulta, sendo registrado na ficha espelho e contribuindo assim a retroalimentação das planilhas, o que aconteceu o tempo todo sem dificuldades.

A nossa demanda na UBS tem diminuído nestas últimas semanas, pois com o trabalho preventivo e educativo os casos agudos e espontâneos têm apresentado taxas menores, pois o nosso tempo para dedicar à intervenção melhorou e agora podemos até pensar em novas estratégias para incorporar ao trabalho.

Os grupos de idosos funcionaram nas diferentes comunidades. Ao início com pouca participação, depois com usuários novos cada vez mais curiosos para ver do que se tratava e todas aquelas ações coletivas que estavam acontecendo, começou a chegar a mais pessoas e até os próprios familiares acompanhavam os idosos para tirar suas dúvidas e aprender a controlar o estresse que é vivenciado pelos cuidadores destes idosos. E nestes espaços onde a equipe de saúde fala sobre os hábitos de fumar, beber álcool, os alimentos saudáveis e não saudáveis para a saúde, e nessas ações procuramos mostrar os sintomas e sinais de AVC, infarto agudo e situações nas que não podem ficar na casa e precisam procurar ajuda.

Belos e excelentes momentos tiveram até hoje, pois não tem nada melhor que fazer parte das emoções do grupo mais experientes da sociedade, nos encontros eles contaram suas histórias, falaram da família e nos agradeceram por facilitar as suas vidas e cuidar deles. Notamos então que são pessoas que precisam de muita atenção, orientação, cuidada e dedicação, e que az vezes não tem ninguém para realizar esse cuidado continuado. Sentimentos de carinho e amor são fundamentais para que eles tenham a perspectiva do autocuidado, pois desta maneira eles sentem

uma segurança e proteção que faz com que se sintam a vontade para cuidar da sua saúde.

Na interação com as comunidades foi possível perceber problemas sociais tais como drogas, adultérios, alcoolismo, tabagismo, rebeldia dos adolescentes, coisas que sem dúvidas, estão influenciando na estabilidade das famílias e gerando problemas de depressão e até de insegurança nos lares e por enquanto os mais afetados são os idosos que não são acostumados a este tipo de brigas em casa.

A interação medico-enfermeira dentro das consultas trouxe consigo o bom funcionamento do projeto, de forma que aprendemos a trabalhar em equipe, não só nesse espaço e com esses profissionais, senão com todos os funcionários da equipe em todos os espaços da UBS.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

A primeira atividade planejada e não realizada foram as reuniões semanais com o secretário da saúde, pois ele só poderia estar presente uma vez ao mês. Houve uma mudança de Secretário logo no início da intervenção, mas a nova gestora também não pode participar das reuniões semanais, embora tenha dado sua contribuição para a continuidade do projeto de Intervenção.

Outra ação prevista no projeto, e que não foi realizada foi a criação de arquivos específicos para guardar as informações dos atendimentos realizados durante a - intervenção. Para contornar a situação, criamos o nosso próprio arquivo manual, organizado por data de consulta programada para conseguirmos continuar o projeto e não perdermos a ordem dos agendamentos.

Um dos nossos maiores problemas foi o clima, que interferiu bastante com as palestras e atividades educativas planejadas nas comunidades, pois as vezes não conseguíamos chegar aos locais programados para desenvolvê-las. Toda a equipe os usuários sofriam decepções neste aspecto, pois aquilo que estava planejado nem sempre ocorria. Os usuários queriam participar, mesmo com as chuvas, e, em muitos casos, o prefeito determinou que os ônibus buscassem e as levaram de volta às suas casas, facilitando assim o acesso dos idosos e dos seus familiares.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Para a realização da coleta de dados, tivemos muito apoio das ACS, que tiveram grande envolvimento nessa tarefa. A maior dificuldade foi para o registro de dados, durante as consultas médica, pois, muitas vezes, era necessário reler todo o prontuário para o adequado preenchimento da ficha-espelho, o que demandava muito tempo. Apesar disso, nunca deixamos de alimentar os dados as planilhas de coleta de dados semanalmente. Algumas não conseguimos fechar a planilha com todos os usuários, pois ficamos esperando os exames complementares, que demoravam muito para chegar. Por esta razão, os profissionais durante o atendimento fizeram anotações somente no prontuário, ficando para mim a tarefa de atualizar semanalmente as fichas-espelho.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Várias atividades implementadas durante a intervenção já estão incorporadas à rotina da unidade, entre elas a reunião de equipe periódica para a capacitação dos profissionais da saúde sobre diferentes temas, a realização consultas conforme o protocolo, os registros dos atendimentos aos idosos (prontuários médicos e odontológicos e registro de doenças crônicas não transmissíveis), a prescrição de medicamentos de farmácia popular existentes na UBS , a realização de exame clínico adequado, conforme o protocolo, a realização de exame de laboratório conforme o protocolo, a das necessidades odontológicas dos idosos, a utilização da ficha de acompanhamento, e a realização de palestras semanais sobre alimentação saudável, pratica de atividade física e saúde bucal.

Com todas estas mudanças no atendimento aos idosos, a equipe conquistou um melhor vínculo com a comunidade e maior credibilidade no programa e nos profissionais da atenção primária. Entende-se hoje a relevância de monitorar os indicadores dos adultos da terceira idade, para que essa população fique livre de stress e de doenças que podem ser evitadas com ações como as desenvolvidas durante a intervenção.

A comunidade foi muito beneficiada com a ação programática desenvolvida, porque as melhorias nos cuidados oferecidos pela Unidade contribuíram para melhorar a qualidade de vida dos idosos da área, além de todos terem ficados satisfeitos com a incorporação das atividades na rotina diária de nosso serviço.

A maior interação entre a equipe e a comunidade demonstrou para todos os funcionários o quanto são vulneráveis os nossos usuários, mas também o quanto podemos fazer para mudar as suas vidas por meio da educação em saúde. O projeto de saúde tem feito sucesso, tem totais condições de ser incorporado à rotina do serviço e acreditamos que, mantendo esta rotina, a qualidade de vida dos Pontanenses vai melhorar bastante.

Senti muito prazer em compartilhar meus conhecimentos e minhas experiências com os colegas de trabalho e usuários da Unidade, assim como aprender com eles.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Nossa intervenção foi iniciada no mês de junho e encerrada no mês de agosto de 2015, tendo duração de 12 semanas. Tratou da melhoria da atenção à saúde dos idosos na Unidade Básica de Saúde de Pontão, com modelo atenção à saúde da Estratégia Saúde da Família, no município de Pontão, no Estado do Rio Grande do Sul. A equipe desenvolveu, no decorrer da intervenção, ações, para fortalecer a Atenção Básica, seguindo os quatro eixos temáticos do Curso de Especialização em Saúde da Família, a saber: qualificação da prática clínica, organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação e engajamento público. As ações tiveram como público alvo os 544 idosos da área de abrangência, dos quais 315 participaram da intervenção, o que representou uma cobertura de 57,9%.

Apresentamos a seguir os resultados obtidos com a intervenção, se acordo com os objetivos e metas previamente estabelecidos.

Em relação ao objetivo 1, de ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso na Unidade de Saúde

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 100%.

No primeiro mês da intervenção, foram cadastrados 42 idosos (7,7%); no segundo mês, foram cadastrados 125 idosos, (23,0%) e, no terceiro mês, cadastramos 315 dos 544 idosos da comunidade, perfazendo uma cobertura de 57,9% do total de idosos. (Figura 1)

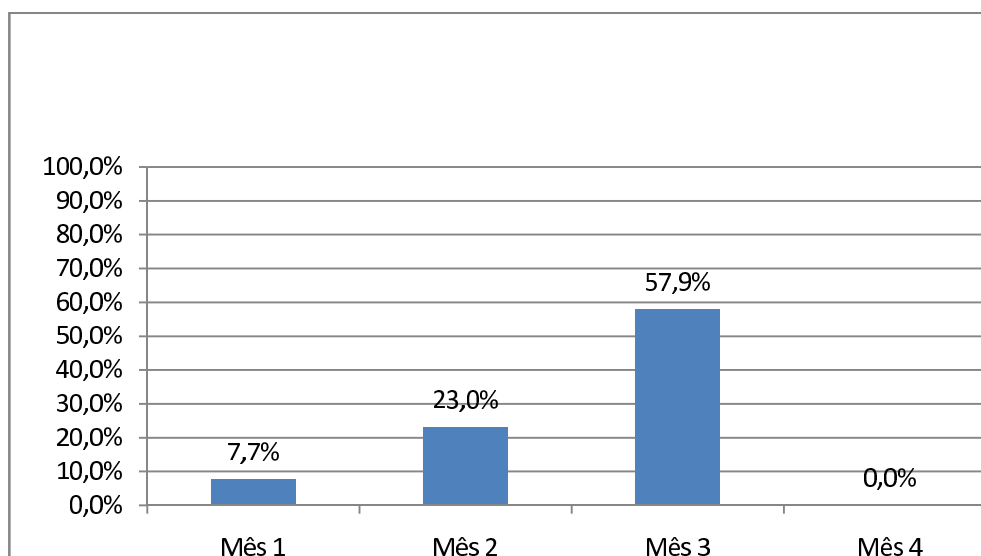


Figura 1 Gráfico Cobertura do programa de atenção aos idosos da UBS de Pontão, município Pontão, RS. Junho a agosto de 2015.

As ações que mais auxiliaram neste aspecto foram as capacitações da equipe, realizadas para que todos conhecessem e atuassem de acordo com o protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde.

Para ampliar a cobertura do programa de atenção aos idosos, nossa equipe monitorou o número de idosos cadastrados na unidade básica de saúde, o qual estava inicialmente desatualizado. Realizamos revisão semanal dos prontuários médicos e dos registros de doenças crônicas não transmissíveis, além de contarmos com os registros e informações trazidas pelos Agentes Comunitários de Saúde.

Não conseguimos alcançar a meta de 100% de cobertura, porque a intervenção foi reduzida para 12 semanas em função do curso.

Também temos usuários que se encontram fora de seus domicílios durante alguns meses do ano, e que terminaram não sendo cadastrados. Além disso, tivemos chuvas intensas durante algumas semanas da intervenção, fator que dificultou o comparecimento à Unidade de alguns usuários identificados pelos ACS, e que, pelo mesmo motivo, também não puderam ser visitados pela equipe.

Em relação ao objetivo 2, de melhorar a qualidade da atenção ao idoso na unidade de saúde:

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

Ao longo dos três meses da intervenção, o número de usuários que realizaram avaliação multidimensional rápida a cada mês foram os seguintes: no primeiro mês 36 dos 42 cadastrados (85,7%), no segundo mês 119 dos 135 cadastrados (95,2%), e no terceiro mês, 309 dos 315 cadastrados (98,1%) haviam realizado a Avaliação Multidimensional Rápida. (Figura 2)

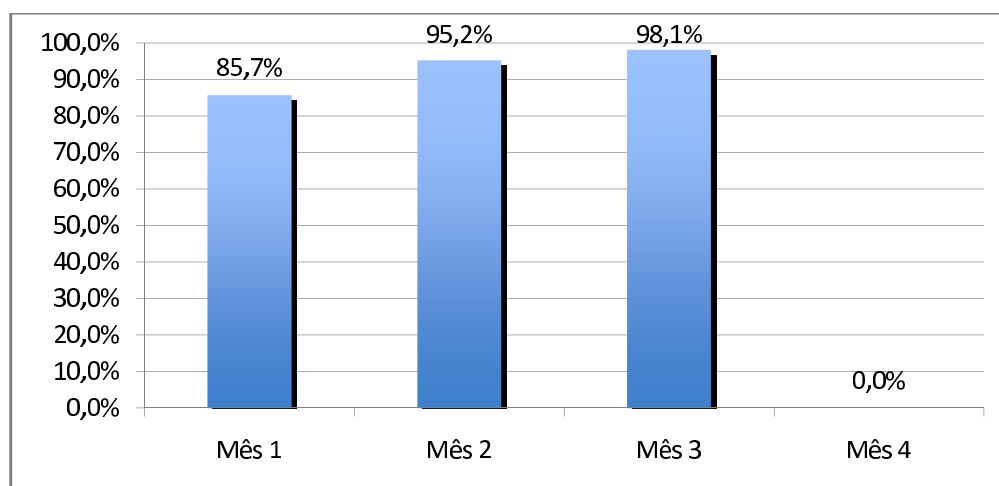


Figura 2 Gráfico Proporção de idosos com avaliação Multidimensional rápida em dia da UBS Pontão, município Pontão, RS, Junho a agosto de 2015.

Não conseguimos alcançar a meta dos 100%, principalmente porque existiram usuários que não compareceram às consultas agendadas, pois tiveram dificuldades com o clima ou ficaram com suas famílias em outro município.

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

No primeiro mês da intervenção, foram examinados 34 dos 42 idosos cadastrados (81%); no segundo mês, 117 dos 125 idosos cadastrados (93,6%); e, no terceiro mês, examinamos 307 dos 315 idosos cadastrados (97,5%). (Figura 3).

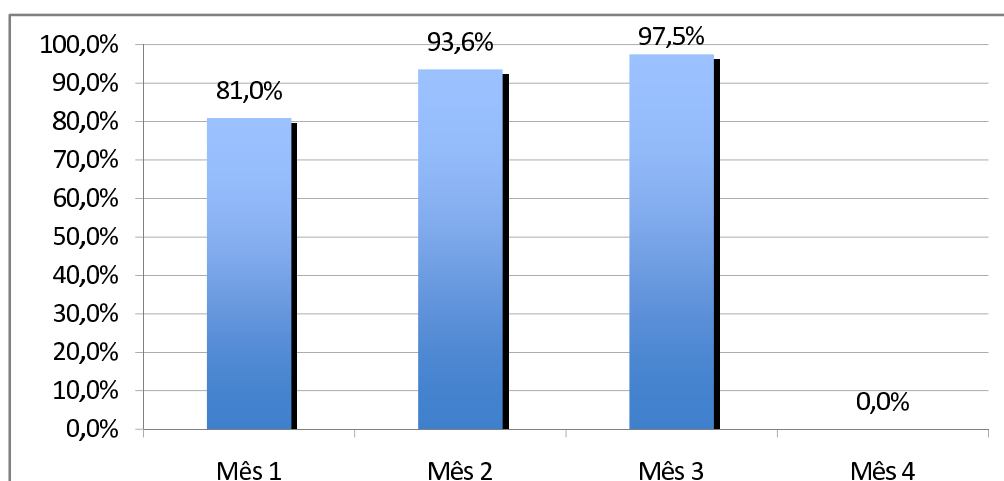


Figura 3 Gráfico Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia da UBS Pontão, município Pontão, RS. Junho a agosto de 2015.

Ao final dos três meses da intervenção, portanto, não atingimos plenamente a meta, pois alguns idosos se encontravam fora da área, enquanto outros não compareceram a consultas agendadas. No início da intervenção definimos as atribuições para cada membro da equipe no exame clínico dos usuários idosos e capacitamos os profissionais para que seguissem o protocolo da UBS. As enfermeiras e as técnicas realizaram aferição de pressão arterial e hemoglicoteste, a odontóloga realizou o exame bucal, e o médico realizou o exame clínico. Orientamos a comunidade sobre o quanto é importante a realização de exame clínico para usuários da terceira idade, e monitoramos a realização dos exames clínicos semanalmente, por meio de registros realizados pelos profissionais da equipe nos prontuários dos usuários.

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

No primeiro mês da intervenção foram solicitados exames complementares para todos os 42 idosos cadastrados (100%); no segundo mês foram realizados exames complementares para 125 dos 125 idosos cadastrados (100%), e, no terceiro mês, realizamos os exames complementares para todos os 315 idosos cadastrados (100%). Foram, portanto, realizados exames para todos os usuários durante todos os 3 meses da intervenção.

Para alcançar esse resultado, foi fundamental monitorar o número de idosos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na

intervenção, o que fizemos semanalmente, analisando os prontuários médicos. Garantimos com o gestor municipal prioridade e agilidade na realização dos exames laboratoriais de hipertensos e diabéticos, e também orientamos a comunidade quanto à importância de efetivamente realizarem os exames de laboratório solicitados pelos profissionais de saúde.

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

Com relação ao indicador relativo à prescrição de medicamentos da farmácia popular, também obtivemos êxito, com 100% dos idosos cadastrados recebendo prescrições de medicamentos da farmácia popular nos três meses da intervenção.

No primeiro mês da intervenção, foram prescritos medicamentos da farmácia popular para todos os 42 idosos cadastrados; no segundo mês, para todos os 125 idosos cadastrados, e, no terceiro mês, para todos os 315 cadastrados, correspondendo assim a 100% de cobertura nos 3 meses.

A obtenção desses resultados representou um grande avanço nessa área, porque, antes da intervenção, existia uma grande desorganização na farmácia da Unidade. Os profissionais envolvidos gostaram da implementação de novos métodos, E estão motivados para melhorar seu processo de trabalho e o atendimento aos usuários

Para alcançar esses resultados, monitoramos o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular e realizamos o controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos, além de confeccionarmos e implantarmos um impresso para o registro das necessidades de medicamentos dos usuários com doenças crônicas cadastrados na unidade de saúde.

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

No primeiro mês da intervenção, foram identificados e cadastrados 2 idosos acamados; no segundo mês, foram identificados e cadastrados 3 idosos acamados; e, no terceiro mês, foram identificados e cadastramos 7 idosos acamados. Foram, portanto, cadastrados todos os idosos identificados como acamados ao longo dos 3 meses da intervenção, resultado obtido com o empenho dos ACS, que os identificaram e cadastraram em visitas realizadas durante a intervenção.

Meta 2.6. Garantir visita domiciliar aos idosos acamados ou com problemas de locomoção:

No primeiro mês foram realizadas as visitas aos 2 idosos acamados ou com problemas de locomoção (100%); no segundo mês foram realizadas visitas domiciliares aos 3 idosos acamados; e, no terceiro mês, todos os 7 idosos acamados cadastrados foram visitados pela equipe de saúde. Equipe se dedicou bastante para o cumprimento dessa meta da intervenção, na qual obtivemos 100% de cobertura nos 3 meses de trabalho. Trabalhamo-nos com 7 idosos acamados cadastrados e avaliados, identificamos suas doenças crônicas, os problemas econômicas e de famílias com o equipe completo, porque alguns precisavam mais atenção que outros por isso eles tiveram 10 avaliações em consultas ou visitas programadas semanais pela equipe em toda a intervenção.

Meta 2.7. Rastrear 100% dos idosos para HAS:

No primeiro mês da intervenção foram avaliados todos os 42 idosos cadastrados (100%); no segundo mês foram avaliados todos os 125 idosos cadastrados (100%), e, ao final do terceiro mês da intervenção, todos os 315 idosos cadastrados haviam sido rastreados para HAS. Foi, assim, alcançada a meta de avaliar todos os idosos cadastrados quanto à HAS. Toda a equipe foi envolvida nessa ação, com especial destaque para a atuação das técnicas em enfermagem, das enfermeiras e dos médicos, que muito contribuíram para que a meta fosse atingida.

Meta 2.8. Rastrear 100% dos idosos com pressão sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de HAS para DM

No primeiro mês da intervenção foram avaliados todos os 42 idosos cadastrados (100%); no segundo mês foram avaliados todos os 125 idosos cadastrados (100%), e, ao final do terceiro mês da intervenção, todos os 315 idosos cadastrados haviam sido rastreados para DM (100%). Foi, assim, alcançada a meta de avaliar todos os idosos cadastrados quanto à DM, com grande envolvimento de toda a equipe.

Meta 2.9. Realizar avaliação de necessidade de atendimento odontológico para 100% dos idosos cadastrados.

Os números e proporções de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico durante o período da intervenção nos quatro meses foram os seguintes: no primeiro mês 42 dos 42 cadastrados (100%), no segundo mês 125 dos 125 cadastrados (100%), no terceiro mês 315 dos 315 cadastrados (100%). Esta meta foi alcançada pela boa presença dos idosos nas consultas agendadas, assim como pelo estímulo a esse comparecimento feito pelos ACS nas visitas domiciliares. Todos os usuários acamados que foram avaliados nos domicílios, precisavam das visitas do dentista e da técnica de saúde bucal, por necessidades odontológicas.

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

No primeiro mês da intervenção, 8 dos 42 idosos cadastrados (19%) realizaram primeira consulta odontológica; no segundo mês, 15 de 125 cadastrados (12%) realizaram primeira consulta odontológica, e, ao final da intervenção, 43 dos 315 idosos cadastrados haviam recebido primeira consulta odontológica (13,7%). (Figura 4). Enfrentamos dificuldades com o cirurgião-dentista, que ajudou pouco na intervenção, demonstrando pouco interesse no desenvolvimento das atividades programadas. Há dois outros dentistas na UBS, mas um deles esteve em licença médica durante o período da intervenção e a outra trabalha apenas dois dias por semana, tendo carga horária reduzida em função de problemas de saúde, o que limitou sua possibilidade de envolvimento com o Projeto. Outra dificuldade foi à impossibilidade de mobilizar os idosos com problemas de locomoção, além de alguns que faltaram às consultas odontológicas programadas.

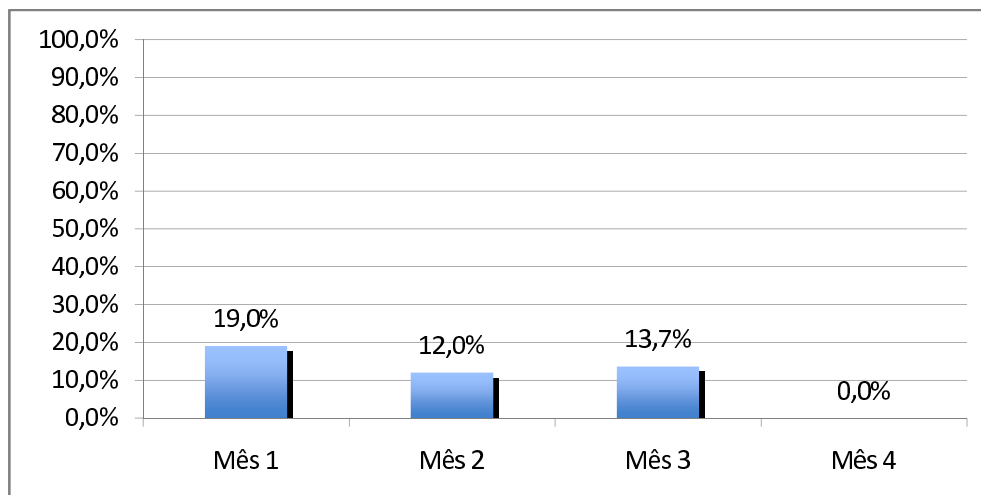


Figura 4 Gráfico Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática da UBS Pontão, município Pontão, RS. Junho a agosto de 2015.

Em relação ao objetivo 3, de melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Atenção à Saúde do Idoso:

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

Todos os usuários agendados que não compareceram às consultas programadas foram visitados e trazidos de volta ao acompanhamento pela equipe de saúde. Ocorreram apenas 4 faltas, todas no primeiro mês da intervenção, com 4 visitas para busca ativa realizadas (100%). Fizemos um amplo trabalho de divulgação da intervenção, assim como da importância do comparecimento dos idosos às atividades programadas, o que certamente contribuiu para que as ausências fossem raras.

Em relação ao objetivo 4, de melhorar os registros das informações:

Meta 4.1. Garantir registro específico das informações sobre 100% das pessoas idosas cadastradas

No primeiro mês da intervenção foram todos os 42 idosos cadastrados (100%) estavam com seus atendimentos devidamente registrados; no segundo mês estavam nessa situação todos os 125 idosos cadastrados (100%), e, ao final do terceiro mês da intervenção, todos os 315 idosos cadastrados estavam com seus registros devidamente atualizados (100%).

Todos os cadastrados em cada mês tinham, a cada atendimento realizado, o registro devidamente efetuado em sua ficha espelho. Assim, graças ao esforço e

dedicação de todos os envolvidos, as fichas espelho forem mantidas sempre em dia. Monitoramos esses registros com rigor, comparando-os com os registros efetuados nos prontuários.

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

No primeiro mês da intervenção, foram 35 cadernetas entregues, em relação ao total de 42 idosos cadastrados (83,3%); no segundo mês, foram 90 cadernetas entregues, em relação ao total de 125 idosos cadastrados (72,0%); no terceiro mês, ao final da intervenção, 233 dos 315 idosos cadastrados haviam recebido suas Cadernetas de Saúde da Pessoa Idosa (74,0%). (Figura 5).

Os demais idosos não receberam a Caderneta em função da ausência desse impresso na Unidade, problema que não foi solucionado pela gestão a tempo de garantir o cumprimento da meta da intervenção.

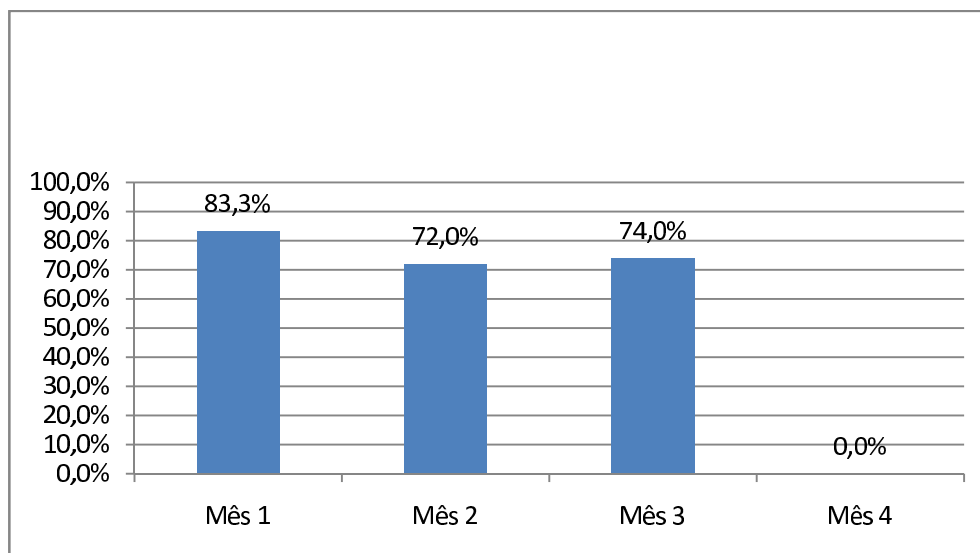


Figura 5 Gráfico Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa da UBS de Pontão, município Pontão, RS. Junho a agosto de 2015.

Em Relação ao Objetivo 5 de mapear os idosos de risco da área de abrangência:

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

No primeiro mês da intervenção, os 42 idosos cadastrados foram avaliados quanto ao risco de morbimortalidade (100%), o que também ocorreu para todos os 125 idosos cadastrados no segundo mês (100%), e para todos os 315 idosos cadastrados até o final da intervenção (100%). Nossa equipe conseguiu atingir plenamente a meta estabelecida no projeto de Intervenção, de avaliar o risco para morbimortalidade de todos os idosos acompanhados, com a dedicação de todos e o apoio do gestor da secretaria de saúde, porque nossa população idosa está exposta a muito risco para doenças cardiopulmonares, acidentes, psicológicas e outras que podem levar a morte aos idosos.

Meta 5.2. Garantir a investigação da presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas cadastradas:

Durante os quatro meses de intervenção, os números e proporções de idosos cadastrados com avaliação para fragilização na velhice em dia foram os seguintes: no primeiro mês 42 dos 42 cadastrados (100%), no segundo mês 125 dos 125 cadastrados (100%), e no terceiro mês 315 dos 315 cadastrados (100%).

As avaliações foram realizadas nas consultas médicas, com os dados devidamente registrados e, posteriormente, conferidos com os constantes dos prontuários.

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

Durante os quatro meses de intervenção, os números e proporções de idosos cadastrados com avaliação da rede social foram os seguintes: no primeiro mês 42 dos 42 cadastrados (100%), no segundo mês 125 dos 125 cadastrados (100%), e no terceiro mês 315 dos 315 cadastrados (100%).

O município possui uma rede de suporte social bem estruturada ante a significativa demanda de idosos que necessitam de atenção especializada, tanto na área social quanto na de saúde.

O monitoramento da realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS e com rede social deficiente foi feito pesquisando em cada uma das consultas feitas ao idoso e mensalmente analisando os registros pelo médico e a enfermeira.

A facilitação no agendamento e a visita domiciliar os idosos com rede social deficiente foi feita pelo médico e enfermeira da UBS, pelas enfermeiras da triagem, e pelos ACS duas vezes por semana.

A orientação aos idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na UBS e a estimulação na comunidade sobre a promoção da socialização da pessoa idosa (trabalhos em igrejas, escolas, grupos de apoio...) e do estabelecimento de redes sociais de apoio foi realizada de forma multiprofissional com toda a equipe da UBS nos grupos de HIPERDIA.

A capacitação da equipe para avaliar a rede social dos idosos foi feita na segunda semana no espaço de uma hora à tarde.

Em relação ao objetivo 6, de promover a saúde:

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para 100% dos idosos.

Durante os quatro meses de intervenção, os números e proporções de idosos cadastrados com orientação nutricional foram os seguintes: no primeiro mês 42 dos 42 cadastrados (100%), no segundo mês 125 dos 125 cadastrados (100%), e no terceiro mês 315 dos 315 cadastrados (100%).

A ação que mais favoreceu o cumprimento dessa e das demais metas de promoção da saúde foi a capacitação da equipe para oferecer orientações aos idosos e seus familiares e cuidadores. Nas atividades com grupos de portadores de HAS e DM, orientamos sobre a importância da prevenção de doenças do sistema digestivo, de ingerir os alimentos recomendados e de forma saudável, e de evitar os alimentos prejudiciais à saúde.

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

Durante os quatro meses de intervenção, os números e proporções de idosos cadastrados com orientação para a prática de atividade física regular foram os seguintes: no primeiro mês 42 dos 42 cadastrados (100%), no segundo mês 125 dos 125 cadastrados (100%), e no terceiro mês 315 dos 315 cadastrados (100%).

Para garantir a todos os cadastrados as orientações sobre a importância da prática de atividades físicas regulares, realizamos orientações em todas as consultas e também nas atividades com grupos e com a comunidade.

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

Durante os três meses de intervenção, os números e proporções de idosos cadastrados com orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses) foram os seguintes: no primeiro mês foram 42 cadastrados para (19%), no segundo mês 125 cadastrado para (12,8%) e ao final dos três meses um total de 315 cadastrados para (14,0%).(Figura 6)

Durante a intervenção orientamos sobre a importância da higiene bucal a todos os idosos, incluindo a higiene dos dentes, das gengivas e das próteses. Muitos idosos ficaram surpresos com essas orientações, pois achavam que, por não terem mais dentes, não precisassem de orientações sobre saúde bucal.

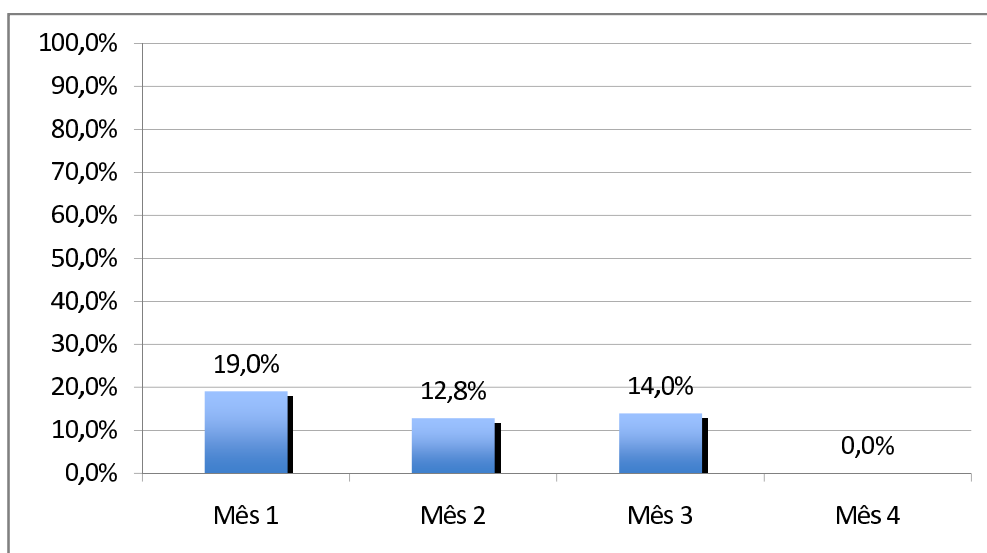


Figura 6 Gráfico Proporção de idosos com Orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia da UBS Pontão, município Pontão, RS. Junho a agosto de 2015.

4.2 Discussão

Com a realização da intervenção, atingimos 57,9% dos idosos cadastrados na área de abrangência da UBS. Alcançamos ainda excelentes resultados quanto à realização dos exames clínicos em dia, da avaliação multidisciplinar rápida em dia, das orientações sobre alimentação saudável, sobre a importância da prática regular de atividade física e sobre higiene bucal, além de termos conseguimos atingir as metas de 100% de cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção, de 100% dos idosos com verificação da PA na última consulta, de 100%

dos idosos hipertensos rastreados para diabetes e de 100% de faltosos com busca ativa.

Nossa equipe se empenhou para que conseguíssemos a inclusão de muitos idosos nos cuidados oferecidos pela UBS, e entendo que conseguimos alcançar valores muito expressivos quanto à cobertura destes usuários. Nossa intervenção foi um trabalho novo para toda a equipe, com as capacitações aprenderam a tratar e conhecer todos os processos pelas que transita uma pessoa até que termina sendo idoso, incluir no trabalho diário que sempre tem que visitar pelo menos um idoso por dia em suas programações de visitas a domicílios e que os usuários da terceira idade tem que tratar com muito carinho e amor porque fica quase como crianças sempre lembrando que a vida é como algo redondo nascimento, crescimento e desarrollo e logo voltar a nascer como uma criança que é o idoso, todo isto fica na consciência de cada integrante da equipe de saúde. Os conhecimentos adquiridos pela equipe já mostram resultados positivos e está sendo colocado em prática e usado para uma melhor organização na UBS, inclusive na atenção de outras doenças ainda não protocolizadas.

A intervenção, em nossa UBS propiciou, portanto, a ampliação da cobertura da atenção aos idosos, assim como apresentou melhoria dos registros e a qualificação da atenção prestada aos idosos da comunidade. Coisas positivas conseguiram alcançar com a intervenção, contribuindo assim para a dinâmica da UBS, desde a porta de entrada com acolhimento, triagem e orientações.

Nosso projeto de intervenção foi realizado com muita dedicação e participação de toda equipe para que todos tivessem envolvidos e preocupados pela melhoria do atendimento cada dia dos idosos na UBS por isso capacitamos a todos os funcionários pelas recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e Diabetes, tendo que fazer uso de aulas de doenças crônicas e ademais utilizassem o mesmo protocolo de atendimento. Esta atividade promoveu o trabalho em equipe dos médicos, das enfermeiras, das técnicas de enfermagem, ACS, nutricionista, dentista e recepcionista.

Dessa forma, a intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção à um maior número de pessoas, de forma que todos da equipe participaram e não deixamos ninguém sobrecarregado com muitas atribuições. Agora na UBS melhorou na atenção a demanda espontânea porque todos os idosos estão

estudados, com tratamentos completos por mês e participam nas atividades da terceira idade. A classificação de risco dos idosos tem sido crucial para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos. Todos os profissionais da UBS conhecem as doenças que padecem os idosos e às vezes é só cumprir com seu seguimento quando chega por emergência ou demanda espontânea. Os conhecimentos adquiridos pela equipe já mostram resultados positivos e está sendo colocado em prática e usado para uma melhor organização na UBS, inclusive na atenção de outras doenças ainda não protocolizadas. Os usuários que chegam com exames laboratoriais com alguma alteração, a equipe do acolhimento já identifica e comunica ao médico responsável pelo atendimento. A população idosa faz parte da população da terceira idade, a maioria das famílias tem pelo menos um integrante idoso, e assim facilita que os ACS fiquem mais perto dessas famílias cadastradas no programa.

O impacto da intervenção nas comunidades já foi bem reconhecido, o maior exemplo é nas visitas domiciliares, pois as pessoas ficam olhando que os mais idosos são visitados nas casas e em cada atividade educativa em grupos, falamos dos fatores de risco e percebemos que eles gostam de saber mais sobre suas doenças e assim eles já percebem os benefícios do programa. Os idosos hipertensos e diabéticos já demonstram satisfação com a prioridade no atendimento, porém a recepcionista e as agentes de saúde sempre alertam sobre importância dos agendamentos. Durante esses três meses, tivemos uma boa cobertura mais ou menos aceitável, e agora eles pedem o atendimento que a equipe acostumou, por isso cada dia a cobertura de atenção é muito maior, e tem usuários que nunca assistiram à UBS por falta de interesse e motivação.

Se fosse fazer à intervenção neste momento as bases do atendimento já ficam criadas pela continuidade de nosso trabalho diário com as pessoas da terceira idade, os protocolos e recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento dos usuários idosos ficaram para sempre em nosso serviço. Com mais tempo de planificação do estudo poderíamos fazer a meta planejada para todos o 100% da população idosa e lograr levar os outros indicadores que ficaram por debaixo do acordado com muita mais resolutividade para os 544 usuários da área de abrangência.

Na rotina da UBS esse trabalho é contínuo, específico e eficaz com condições materiais e humanas ótimas e unidos criar as condições para superar algumas das

dificuldades encontradas. Devemos melhorar os acolhimentos diários na UBS, fazer palestras educativas e de saúde planejadas pela equipe com a participação de cada Profissional, manter as atividades com grupos, melhorando sua qualidade e fazendo exercícios físicos antes das atividades, explicar um tema que eles tinham dúvida e quantos outros temas de saúde quiseram saber, nunca deixar nada para logo. Manter a disponibilidade dos medicamentos na farmácia popular e tirar de suas mentes que esses remédios não fazem nada. Devemos conscientizar à população em relação ao uso de medicação existentes nossa farmácia do posto, que é de muito sacrifício do estado, governo e prefeitura, e o essencial é a prevenção das doenças e quando já padece de uma patologia crônica tem que cuidar as coisas que come fazer dieta certa e não é tomar medicação por tomar e dizer depois que os remédios não fazem o efeito desejado. Ademais tem usuários que não compram alguns dos medicamentos que devem pegar na farmácia econômica ou popular porque nesse mês a empresa não distribui. Uso de fitas para teste para diagnóstico de Diabetes mellitus aos usuários idosos com essa doença crônica ou suspeita dela por pressão arterial por encima de 130/80mmg. Outra coisa muito importante garantir todas as atividades da terceira idade para mudar estilos de vida mais saudável.

Toda a equipe reconhece todos os esforços destes três meses e ganhamos em aceitação da população em geral e o respeito dos outros colegas, ademais o trabalho foi muito interessante e bonito porque os usuários da terceira idade são um mundo delicado e todos vamos pelo mesmo caminho e por isso queremos este tipo de atendimento para nós e para toda a família brasileira, agora precisamos de continuidade e que algum dia este trabalho seja parte do análises situacional do município que achamos não tem, não faz cada ano ne cada seis meses e comparar os indicadores para melhorar ou fazer mais ,a secretaria de saúde deve ser mais preocupada pela atenção dos idosos por isso a pessoa responsável deve saber de saúde e de protocolos existentes .Melhorar o planejamento das visitas a domicilio por grupos priorizados com a disponibilidade de carros para esta atividade e não colocar o transporte das ESF para levar usuários a suas casas ,só com problemas de locomoção o acamados e os curativos por cirurgião . Outra coisa muito importante garantir todas as atividades da terceira idade para mudar estilos de vida mais saudável.

Podemos perceber que a nossa intervenção foi um bom impacto e aceitado na população principalmente pelos usuários de idade avançada, por isso temos boas intenções que nosso projeto se espalhe também a outras Unidades e que possamos ter uma melhor saúde na nossa comunidade e mostrar que com o trabalho em equipe e um bom cronograma com participação das comunidades os resultados sempre serão positivos mais comprometer aos gestores políticos de cada município, porque a saúde é prioridade número um.

Os próximos passos para melhorar a atenção à saúde no serviço foram descritos todos, mais todo é trabalho sempre em equipe, sentir os problemas de todos os usuários como nossos, ajudar em todo, melhorar nos acolhimentos, assistência social trabalhar junto com a saúde, não cada qual por separado ou por seu lado, devem ativar a médicos e enfermeiras de cada ESF para que o problema do usuário não seja o comentário do povo.

Precisamos fortalecer mais o sistema de saúde, os trabalhos das comunidades, nas escolas, em cada casa, todo em equipe, cuidar da ética, mudar estilos de vida de toda população e lutar sempre pela prevenção e promoção de saúde.

5 Relatório da intervenção para gestores

À Sra. Secretária Municipal de Saúde

Sou a Dra. Yusimí Ramos Perez, Médica da Família integrante do Programa Mais Médico (PMM) para o Brasil e atuante na UBS/ESF de Pontão/RS. Nessa condição, sou aluna do Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas, através do qual desenvolvi um o projeto de intervenção com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção à saúde dos idosos residentes na área de abrangência da Unidade. O Projeto teve a duração de 12 semanas, entre os meses de maio e agosto de 2015. Escolhi, de comum acordo com minha Equipe, o foco da saúde dos idosos porque a cobertura desses usuários era baixa, e os idosos não recebiam o acompanhamento adequado. A maioria deles desconhecia suas doenças, e seu tratamento era focado apenas em medicamentos, sem ênfase nas ações educativas e preventivas para estímulo ao autocuidado. Assim, julgamos que era importante nos dedicarmos ao cuidado desses idosos, além de apoiarmos seus familiares para que aprendessem a cuidar deles, entendendo suas doenças e acompanhando-os em seus tratamentos.

Nossa equipe realizou a intervenção seguindo as recomendações do Ministério de Saúde, de acordo com o Protocolo para atenção à Saúde dos Idosos. Antes de iniciarmos o trabalho, realizamos uma análise situacional, na qual avaliamos o trabalho da Unidade e identificamos a necessidade de focar nosso Projeto desse grupo de usuários. Em seguida, realizamos o planejamento do

Projeto, definindo objetivos, metas, ações e indicadores de avaliação, assim como um cronograma de trabalho para que tudo fosse devidamente programado.

Conseguimos cadastrar e acompanhar 42 idosos no primeiro mês, 125 no segundo mês e 315 no terceiro mês em total, todos atendidos de acordo com o que é preconizado no protocolo. A maioria das metas foi alcançada, e a equipe trabalhou intensamente para obter esses resultados. Hoje nos orgulhamos por termos conseguido melhorar os cuidados oferecidos aos idosos da comunidade, sendo que atingimos uma cobertura de atenção ao usuário idoso de 57,9% (315 idosos). Todos os idosos cadastrados hipertensos e diabéticos estão com seus exames complementares em dia. Os idosos que faltaram às consultas receberam busca ativa e todos os acompanhados passaram por avaliação de fragilização. Conseguimos realizar Avaliação Multidimensional Rápida em 98,1% dos idosos cadastrados, e realizar exame clínico apropriado em 97,5% dos idosos. Também conseguimos organizar a prescrição de medicamentos, de modo que todos os cadastrados puderam retirar seus medicamentos na Unidade de Saúde ou na Farmácia popular. Todos os idosos acamados ou com problemas de locomoção foram acompanhados e visitados. Também realizamos avaliação dos idosos com problemas de pressão arterial acima de 130/80mmg, identificando 99 dos 315 idosos com esse problema.

Não foi possível alcançar a cobertura dos 100% dos idosos da área de abrangência por dificuldades decorrentes do clima, bastante desfavorável durante grande parte do período da intervenção, assim como pelo pouco tempo de duração da mesma. Além disso, infelizmente, nem todos os profissionais da Unidade contribuíram com o trabalho da forma esperada.

Por outro lado, a meta na qual obtivemos pior resultado foi a relacionada com a realização da primeira consulta odontológica para os idosos cadastrados, o que só foi possível para 13,7% dele. Muitos idosos tinham medo de assistir as consultas porque pensavam que não precisavam de cuidados por não ter dentes, menosprezando assim a importância dos cuidados com a mucosa bucal e com as próteses. Por isso muitos idosos terminaram não recebendo orientações da saúde bucal, situação que estamos tentando resolver para garantirmos acesso a cuidados e orientações de saúde bucal para todos os idosos da comunidade.

De forma geral, a intervenção representou um grande desafio para a equipe da unidade. Durante esses meses, conhecemos as condições de vida dos idosos e suas casas, apoiamos e ensinamos aos seus cuidadores sobre cuidados com os

idosos, trabalhamos para mudar seus estilos de vida, melhorar seus hábitos de alimentação e estimular a prática de atividades físicas. Agora a equipe sabe avaliar e acompanhar a saúde das pessoas idosas, e demonstra intenção de manter as ações implantadas. Os idosos ficaram muito agradecidos pelo trabalho desenvolvido, e também esperam que ele continue.

Gostaria de aproveitar para enviar meus agradecimentos à Secretaria de Saúde e à Prefeitura do Município de Pontão, pelo apoio ao Projeto e pelo compromisso que demonstram ter com a saúde do povo do município. Sabemos que nossa unidade de saúde está instalada provisoriamente, em local sem uma estrutura adequada para nosso trabalho, mas contamos com recursos humanos, equipamentos e materiais necessários para desenvolver as ações priorizadas pelo Ministério de Saúde. Nossa unidade atende usuários agendados e também a demanda espontânea, incluindo urgências e emergências do dia a dia. E temos plena consciência de que precisamos do apoio da Secretaria da Saúde para ampliarmos nosso trabalho com a prevenção e a promoção de saúde, com as quais podemos atuar de forma mais efetiva para mudar estilos de vida e melhorar a saúde da comunidade.

Agora, concluída a avaliação da intervenção, estamos empenhados em manter o trabalho até aqui desenvolvido. Pretendemos também trabalhar para incorporar todos os programas da atenção primária, propiciando atenção integral à saúde a outros grupos de população da área de abrangência e levando os benefícios do nosso aprendizado e das nossas experiências com os idosos para toda a comunidade.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezados usuários da UBS Pontão,

Sou a Dra. Yusimí Ramos Perez, Médica da Família contratada por meio do Programa Mais Médico para o Brasil para trabalhar na UBS de Pontão/RS. Também sou aluna do Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas, e, nesse Curso, realizei um projeto para melhorar a atenção à saúde dos idosos residentes na área de abrangência da Unidade. Durante 12 semanas, entre maio e agosto desse ano, trabalhamos para aumentar o número de idosos acompanhados pela Unidade e melhorar os cuidados a eles oferecidos. Antes da intervenção, a grande maioria dos idosos desconheciam suas doenças, e se tratavam apenas com medicamentos, sem conhecer a importância de mudar hábitos e controlar a saúde. Por isso eu e minha equipe decidimos nos dedicar aos cuidados com esses idosos, além de apoiarmos seus familiares para que aprendessem a cuidar deles, entendendo suas doenças e acompanhando-os em seus tratamentos.

Para iniciar nosso projeto, fizemos um levantamento de todas as pessoas idosas da comunidade e organizamos a unidade para acolhê-los bem. Todos os profissionais foram capacitados para esse acolhimento, e também para todas as ações do projeto, para que todos soubessem seu papel no trabalho que iríamos realizar.

Depois de cadastrados, os idosos passaram a receber cuidados organizados, iniciando por avaliações da sua saúde e das suas doenças. Durante os atendimentos, passamos a orientá-los sobre o uso dos medicamentos, sobre as causas da fragilização e sobre hábitos que poderiam adotar para melhorar sua

saúde, tais como os relacionados com a alimentação e com as atividades físicas. Também realizamos os exames necessários para os idosos hipertensos e diabéticos. Passamos a agendar consultas de retorno para os idosos cadastrados, de modo a podermos acompanhá-los constantemente, sem que tivessem que esperar muito tempo.

No começo da intervenção tínhamos todos os profissionais completos para o trabalho em equipe, mais aconteceu que um dentista ficou fora por problemas de redução de pessoal na prefeitura e outra com redução da carga horária por estar doente.

Durante os 3 meses de duração do projeto, conseguimos cadastrar e acompanhar 315 pessoas de 60 ou mais anos, de um total de 544 idosos que moram na área da unidade de saúde. Conseguimos conhecer melhor as pessoas idosas, e pudemos realizar atividades educativas com grupos para promoção da saúde e prevenção das doenças, contribuindo assim para aumentar a longevidade e melhorar a qualidade de vida dos idosos.

As pessoas idosas compareceram às consultas agendadas e tiveram maior interesse por um atendimento de qualidade, participando ativamente de todo o projeto. E nós, da equipe de saúde, ficamos felizes com essa atitude, que estimulou muito nosso trabalho.

Nossos objetivos foram alcançados, e agora podemos demonstrar os resultados para a gestão municipal, para conseguir expandir este trabalho para os demais usuários da Unidade. Pedimos a colaboração da comunidade na adesão aos programas realizados pelos profissionais da equipe, que sempre tem como objetivo melhorar sua saúde. Em conjunto com a comunidade podemos realizar muitas várias atividades, mas, para garantir a continuidade dessas ações, necessitamos de apoio, participação, reconhecimento e a cobrança de todos envolvidos frente aos gestores municipais. Dessa forma teremos, cada vez mais, uma sociedade engajada na luta por seus direitos, incluindo o de ter, cada vez mais, melhores serviços de saúde.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Considero que minha participação no Curso de Especialização em Saúde da Família me permitiu importantes crescimentos nos campos profissional e pessoal. Ao iniciar minha formação, minhas expectativas quanto ao curso eram de que ele iria me ajudar a identificar e conhecer os grupos de risco e as principais doenças aqui em meu município, mas também as reais possibilidades de desenvolver um projeto de saúde pública na comunidade em que atuo, possibilitando, dessa forma uma melhoria da saúde do conjunto dos moradores da área de abrangência da Unidade.

Quanto à minha prática profissional, posso dizer que o curso me ajudou a melhorar a língua portuguesa, o que influenciou muito positivamente na minha comunicação com os usuários, além de me ajudar bastante na elaboração do texto do Trabalho de Conclusão do Curso. A intervenção me propiciou a experiência de vivenciar um trabalho em equipe, transformando o que era difícil no início em uma grande realização ao final do processo, com todos os profissionais contribuindo com o projeto e ajudando a fortalecer o trabalho da Unidade. Antes de começar o Projeto de Intervenção, trabalhávamos de forma desorganizada, mas, com o desenvolvimento do trabalho, aprendemos a dividir e organizar melhor as nossas tarefas. Assim, com cada profissional consciente das suas responsabilidades, fomos capazes de desenvolver o trabalho em equipe, tornando nossas atividades bem mais organizadas e produtivas. Conseguimos nos programar e realizar as visitas domiciliares, e, assim, conhecemos a realidade em que vivem os nossos usuários, incluindo as condições de vida na área de abrangência, os padrões de alimentação e de moradia, entre outros aspectos. Esses conhecimentos foram muito importantes

para que pudéssemos entender nossa população, compreendendo os contextos de vida em que estão inseridos os usuários da UBS.

Ao encerrar o meu Trabalho de Conclusão do Curso, sinto que as minhas expectativas foram alcançadas. Consegui conhecer os principais problemas de saúde da minha área de abrangência e pude contribuir para a melhoria dos serviços prestados pela Unidade em que atuo, assim como agir sobre os fatores de risco que afetam os usuários, especialmente os idosos. Sinto que consegui cumprir de forma positiva a função da atenção primária em relação ao grupo-alvo de intervenção.

Os conhecimentos que adquiri ao longo do curso me acompanharão ao longo da minha vida profissional. Agora sei que o atendimento na UBS demanda dos profissionais um maior envolvimento, que vai além dos consultórios. É necessário que tenhamos e demonstremos carinho para com os nossos usuários, conciliando o trabalho técnico de profissional de saúde com um papel humanista, para que os usuários da Unidade se sintam confiantes e nos permitam “cuidar” deles. Comprovei também neste tempo, que não adianta contar com todos os recursos técnicos, se não formarmos uma equipe concentrada e disciplinada na busca de nossos objetivos comuns.

Referências

Plano de cuidado para idosos na saúde suplementar, 2012. Brsms. Saúde. Gov.br/bvs/publicações/Plano. Cuidados para idoso.pdf.

Idosos no Brasil: vivencias desafios e expectativas na cash. fpabramo.org. br/idosos no brasil-vivencias-desafios-e-expectativas.

Bibliografia complementar em atenção a saúde do idoso. Brasília.

Bibliografia básica e sites-PUC-SP. Bibliografia básica e sites interessantes para os núcleos de idosos na Estratégia Saúde da Família.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Infográficos: dados gerais do município.

BRASIL. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília , 2010. 44 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12

BRASIL. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília : Ministério da Saúde, 2007.192 p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19)

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

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

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

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

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