

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
Departamento de Medicina Social
Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma IV



Trabalho de Conclusão de Curso

Qualificação da Atenção à Saúde do Idoso na USAFA Perequê, Guarujá/SP

JULIANA DIEGUES DA SILVA OLIVEIRA

Pelotas, 2014

JULIANA DIEGUES DA SILVA OLIVEIRA

Qualificação da Atenção à Saúde do Idoso na USAFA Perequê, Guarujá/SP

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família - Modalidade a Distância – UFPEL/UNASUS, Turma 4, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Lilian Zielke Hesler

Pelotas, 2014

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

O48q Oliveira, Juliana Diegues da Silva

Qualificação da atenção à saúde do idoso na USAFA
Perequê, Guarujá, SP / Juliana Diegues da Silva Oliveira ;
Lilian Zielke Hesler, orientadora. — Pelotas, 2014.

84 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em
Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina,
Universidade Federal de Pelotas, 2014.

1. Saúde da família. 2. Atenção primária à saúde. 3.
Saúde do idoso. 4. Saúde bucal. I. Hesler, Lilian Zielke,
orient. II. Título.

CDD : 362.14

Elaborada por Elionara Giovana Rech CRB: 10/1693

Dedico este trabalho aos meus pais, meu esposo e
filhos.

Agradecimentos

Aos meus pais, grandes incentivadores para que eu não desistisse dos meus sonhos.

Ao meu marido, pelo apoio incondicional em todas as horas.

Aos meus amados filhos, pelo carinho e amor que me fazem continuar sempre.

À minha família, pelo incentivo.

Às minhas amigas, pela paciência.

À minha orientadora Lilian, por não ter desistido de mim.

E a Deus, pela vida maravilhosa.

Obrigada.

Lista de Figuras

Figura 1: Planta física da USAFA Perequê.....	16
Figura 2: Primeiro encontro do grupo de Idosos.	49
Figura 3: Verificação da pressão arterial sistêmica e glicemia nos idosos.	49
Figura 4: Segundo encontro do grupo de idosos.....	50
Figura 5: Avaliação odontológica no grupo de idosos.	51
Figura 6: Realização de visita domiciliar	52
Figura 7: Proporção de cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na Unidade de Saúde da Família Perequê (USAFA). Guarujá, SP. 2014.....	56
Figura 8: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados na Unidade de Saúde da Família Perequê (USAFA). Guarujá, SP. 2014.	57
Figura 9: Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta na Unidade de Saúde da Família Perequê (USAFA). Guarujá, SP. 2014.....	58
Figura 10: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes na Unidade de Saúde da Família Perequê (USAFA). Guarujá, SP. 2014.	58
Figura 11: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática na Unidade de Saúde da Família Perequê (USAFA). Guarujá, SP. 2014.....	59
Figura 12: Proporção de idosos acamados ou com dificuldade de locomoção que receberam visita domiciliar odontológica na Unidade de Saúde da Família Perequê (USAFA). Guarujá, SP. 2014.....	60
Figura 13: Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa na Unidade de Saúde da Família Perequê (USAFA). Guarujá, SP. 2014.....	61
Figura 14: Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia na Unidade de Saúde da Família Perequê (USAFA). Guarujá, SP. 2014.....	61
Figura 15: Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia na Unidade de Saúde da Família Perequê (USAFA). Guarujá, SP. 2014.	62
Figura 16: Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia na Unidade de Saúde da Família Perequê (USAFA). Guarujá, SP. 2014.....	63
Figura 17: Proporção de idosos com tratamento odontológico concluído na Unidade de Saúde da Família Perequê (USAFA). Guarujá, SP. 2014.	64

Figura 18: Proporção de idosos com avaliação de alterações de mucosa bucal em dia na Unidade de Saúde da Família Perequê (USAFA). Guarujá, SP. 2014.	64
Figura 19: Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia na Unidade de Saúde da Família Perequê (USAFA). Guarujá, SP. 2014.	65
Figura 20: Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa na Unidade de Saúde da Família Perequê (USAFA). Guarujá, SP. 2014.	66
Figura 21: Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia na Unidade de Saúde da Família Perequê (USAFA). Guarujá, SP. 2014.	67
Figura 22: Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia na Unidade de Saúde da Família Perequê (USAFA). Guarujá, SP. 2014.	67
Figura 23: Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia na Unidade de Saúde da Família Perequê (USAFA). Guarujá, SP. 2014.	68
Figura 24: Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis na Unidade de Saúde da Família Perequê (USAFA). Guarujá, SP. 2014.	69
Figura 25: Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular na Unidade de Saúde da Família Perequê (USAFA). Guarujá, SP. 2014.	69
Figura 26: Proporção de idosos com participação em ações coletivas de educação em saúde bucal na Unidade de Saúde da Família Perequê (USAFA). Guarujá, SP. 2014.	70

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACS – Agente Comunitário de Saúde

ASB – Auxiliar de Saúde Bucal

ARE – Ambulatório de Referências Especializadas

CAPS – Centro de Assistência Psicossocial

CAPS AD – Centro de Assistência Psicossocial de Álcool e Drogas

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

CIAMA – Centro de Incentivo à Amamentação

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

CROOF – Centro de Referência em Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Fonoaudiologia

DM – Diabete Mellitus

DST – Doença Sexualmente Transmissível

ESF – Estratégia de Saúde da Família

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

HIPERDIA – Hipertensão e Diabete

NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família

MS - Ministério da Saúde

OS – Organização Social

OSCIP – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público

PA – Pronto Atendimento

PAM – Pronto Atendimento Municipal

PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PSA – Antígeno Prostático Específico

RN – Recém-Nascidos

SMS – Secretária Municipal de Saúde

SIAB – Sistema de Informação Ambulatorial

SIS COLO – Programa de Prevenção de Câncer de Colo de Útero

SIS MAMA – Programa de Prevenção de Câncer de Mama

SUS – Sistema Único de Saúde

TQC – Teste de Qualificação Cognitiva

UBS – Unidade Básica de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento
USAFA – Unidade de Saúde da Família
VD – Visita Domiciliar

Sumário

1 Análise Situacional	12
1.1 Qual a situação da ESF/APS em seu serviço?	12
1.2 Relatório da Análise Situacional	14
1.3 Comentário comparativo entre texto inicial e relatório da análise situacional.....	20
2 Análise Estratégica.....	21
2.1 Justificativa.....	21
2.2 Objetivos e Metas.....	22
2.2.1 Objetivo Geral.....	22
2.2.2 Objetivos Específicos	22
2.2.3 Metas.....	23
2.3 Metodologia	24
2.3.1 Ações.....	24
2.3.2 Indicadores.....	40
2.3.3 Logística	44
2.3.4 Cronograma	46
3 Relatório da Intervenção	47
3.1 Ações previstas e desenvolvidas – facilidades e dificuldades.....	47
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas – facilidades e dificuldades.....	53
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização de dados	53
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviço.....	54
4 Avaliação da Intervenção	55
4.1 Resultados	55
4.2 Discussão.....	70
4.3 Relatório da Intervenção para Gestores.....	72
4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	74
5 Reflexão crítica sobre o processo de pessoal de aprendizado	76
ANEXOS	79

Resumo

OLIVEIRA, Juliana Diegues da Silva. **Qualificação da Atenção à Saúde do Idoso na USAFA Perequê, Guarujá/SP**. 2014. 84f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, 2014.

A Atenção Básica tem importante papel na promoção da saúde da pessoa idosa, na prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças, na reabilitação e manutenção da saúde, buscando alcançar um processo de envelhecimento mais saudável e ativo, com melhoraria na qualidade de vida. Neste sentido, este trabalho trata-se de uma intervenção que teve como objetivo melhorar à Atenção à Saúde do Idoso na Unidade de Saúde da Família Perequê do município de Guarujá, São Paulo. Foram realizadas ações dentro dos quatro eixos: organização e gestão do serviço, qualificação da prática clínica, engajamento público e monitoramento e avaliação, no período de dezembro de 2013 a março de 2014, correspondendo há 16 semanas. As ações foram realizadas pela equipe da área rosa da unidade de saúde, que é composta por um médico, um enfermeiro, uma cirurgiã dentista, uma auxiliar de saúde bucal, dois técnicos de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Na área rosa residem 197 idosos, porém, durante a intervenção foram cadastradas 149 pessoas idosas no programa. Assim, com o desenvolvimento das ações foi possível ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso para 75,6%, melhorar a qualidade da atenção prestada a estes usuários através da capacitação da equipe, do desenvolvimento de atividades educativas, da realização de visita domiciliar em 100% dos idosos acamados ou com dificuldade de locomoção e registro de 84,6% dos idosos na ficha espelho. Além disso, a ação programática foi incorporada a rotina do serviço e pretende-se estender estas ações para outras áreas da unidade.

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

Apresentação

O presente documento trata-se do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) da Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas – UFPEL. O trabalho está descrito em cinco capítulos: Análise Situacional, Análise Estratégica, Relatório da Intervenção, Avaliação da Intervenção e Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

Na Análise Situacional encontra-se descrito o diagnóstico da situação da ESF/APS no serviço de saúde em relação às características da população, engajamento público, estrutura física e processo de trabalho. Na Análise Estratégica constam todas as etapas de construção do Projeto de Intervenção direcionado a ação programática Saúde do Idoso. No Relatório da Intervenção estão relatadas as ações previstas no projeto, as dificuldades encontradas na coleta e a sistematização dos dados, e a viabilidade da incorporação das ações à rotina do serviço. Na Avaliação da Intervenção estão descritos os resultados da intervenção, a discussão e o Relatório da intervenção para gestores e comunidade. Na Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem constam as expectativas iniciais, significado do curso para a prática profissional e os aprendizados mais relevantes.

1 Análise Situacional

1.1 Qual a situação da ESF/APS em seu serviço?

Trabalho na Unidade de Saúde da Família (USAFA), no bairro do Perequê, Guarujá/SP, com uma população de aproximadamente 15 mil habitantes. O bairro é dividido em quatro áreas, identificadas pela cor da carteirinha da família, com diferentes realidades entre elas. Na área azul, população carente e composta também por pescadores; área rosa, população carente e em condições precárias de moradia e saneamento; área laranja, área mista, composta por pescadores e moradores de palafitas (não tão carentes, pois lá existem os “patrões” do tráfico e a grande maioria das casas possuem TV de LCD, TV a cabo) e na área verde a população é composta basicamente pelos caseiros das mansões e habitantes da Prainha Branca, como a região é difícil acesso tem um técnico de enfermagem fixo neste local. A equipe verde se desloca uma vez por semana até a Prainha Branca para atendimento a quem não consegue ir até a USAFA.

As equipes são compostas por um médico (generalista), um enfermeiro, um dentista, um auxiliar de saúde bucal (ASB), dois técnicos de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde (ACS). No momento, algumas micro áreas estão sem agentes, por licença maternidade e outros motivos, causando certo descontentamento da população, que se sente “esquecida”, mesmo com os outros agentes tentando cobrir os espaços. Na unidade, ainda contamos com uma farmacêutica, uma técnica em farmácia, cinco escriturários e duas auxiliares de limpeza.

Quanto à estrutura física, a USAFA está situada em uma antiga pousada, bem ampla e arejada, que foi adaptada para nos receber. Temos quatro consultórios médicos (um por equipe), um consultório de enfermagem, um consultório

odontológico (com três equipes), um salão para atividades coletivas, recepção, local para arquivos e registros, sala para procedimentos e curativos, sala de vacinas, farmácia, laboratório, onde funciona também a sala para inalação, cozinha, banheiro para a população e banheiro para funcionários.

Como dentista, posso dizer que a nossa estrutura é muito boa e apesar de não termos aparelho de Raio X, a população tem procurado outras unidades de saúde que possuem Raio X para fazê-lo.

A USAFA Perequê estava sem dentista a mais de quatro anos e por isso fomos recebidos com festa, porém a demanda é gigantesca, o que nos causa um problema grande com o agendamento de consultas, mas com a compreensão da maioria, está sendo resolvido da melhor maneira possível. Aqui temos demanda livre para emergências além das consultas marcadas e promoção de saúde bucal nas escolas do bairro com palestras educativas, levantamento epidemiológico (para avaliação de grupos de risco) e escovação supervisionada.

Cada equipe ainda faz grupos de educação em saúde com usuários com hipertensão e diabetes (HIPERDIA), sobre aleitamento materno e visitas domiciliares (VD). Uma vez por semana temos reunião de equipe, para discussão de casos e resolução de problemas. Na última semana do mês é feita uma reunião geral com a gerente e todas as equipes, com o mesmo propósito.

No município do Guarujá, as USAFAS são terceirizadas pela prefeitura, após licitação, o Instituto Corpore ficou responsável pela administração e contratação de funcionários, sendo apenas os ACS concursados. Acredito que, por ser administrado por uma empresa privada, não sofremos muito com falta de material e problemas técnicos e estruturais, embora existam, são sanados de maneira rápida.

O nosso contato com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e com a coordenação de Saúde Bucal da prefeitura é bastante amigável e cooperativo, estão sempre dispostos a nos ajudar. A receptividade da população é ótima, eles aceitaram bem a Estratégia de Saúde da Família (ESF) com suas equipes e preferem em um caso de emergência procurar a unidade para passar com o seu médico a ir a um Pronto Atendimento (PA). Essa é a realidade aqui do Perequê, que mesmo com os problemas, mantém uma equipe muito unida e cooperativa.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Guarujá possui uma população de 290.752 habitantes e desde meados de 2012 a prefeitura implantou o Programa de ESF em parceria com uma Organização Social (OS) terceirizada, o Instituto Corpore. Após licitação, este ficou responsável pela implantação das USAFAs e contratação dos profissionais.

Temos em funcionamento no município sete USAFAs, além de cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais; um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); Hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS): Hospital Santo Amaro – geral, Hospital Emílio Ribas – infectologia, Hospital Dia – alcoolistas e doentes mentais; Hospitais particulares: Hospital Ana Costa e Hospital Santo Amaro. Também conta com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que está em processo de licitação para contratação de uma OS ou de uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP); Centro de Referência em Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Fonoaudiologia (CROOF) onde são realizadas consultas nas referidas especialidades; Ambulatório de Referências Especializadas (ARE) onde são realizadas consultas com especialistas em cardiologia, vascular, ginecologia, mastologia, pneumologia. Ainda dentro do ARE existe o Centro de Incentivo à Amamentação (CIAMA), que contém o banco de leite e serve como referência na orientação e no incentivo ao aleitamento materno, porém está sendo descentralizado para as USAFA e UBS onde acontecem os grupos de aleitamento materno.

O município ainda conta com uma Unidade Mista que funciona da mesma forma que o ARE, um Centro de Assistência Psicossocial (CAPS 1), um Centro de Assistência Psicossocial (CAPS AD) que atende pessoas alcoólatras e usuários de drogas e um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) que está dividido em 4 unidades, onde são realizados os atendimentos com serviço social e cadastramento de bolsa família. Ainda temos no município um Centro de Referência de Infectologia Willian Rocha, três Unidades de Pronto Atendimento (UPA), onde são realizados somente atendimentos de urgências e emergências; dois Pronto Atendimento Municipais (PAM), onde são realizados atendimentos de urgências e emergências com semi-intensiva e internação, a partir daqui que se consegue a vaga nos hospitais através de triagem.

Os exames laboratoriais são realizados nas USAFA e UBS, tendo dois polos referenciais que realizam os exames mais específicos e de maior complexidade: Laboratório Itapema com duas unidades. Há também convênio entre município e clínicas especializadas para a realização de exames de imagem e exames mais invasivos. Tratamentos como quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e cirurgias são encaminhados para o Hospital Santo Amaro.

A USAFA onde atuo, situa-se no bairro do Perequê com uma população de 15.000 habitantes e é considerada urbana, apesar de ser afastada do centro urbano. Possui vínculo total com o SUS e com faculdades de medicina, onde os acadêmicos vivenciam a realidade da ESF. O modelo de atenção é somente ESF e possui quatro equipes, cada uma delas composta por um médico generalista, um enfermeiro, um cirurgião dentista, dois técnicos de enfermagem, um ASB e seis ACS (os únicos contratados pela prefeitura). Contamos ainda com um farmacêutico fixo, um auxiliar de farmácia, um gerente (enfermeira), cinco escriturários, duas auxiliares de limpeza e um segurança. O bairro é muito carente e a população sofre com as precárias condições de moradia, falta de saneamento básico com esgoto a céu aberto, constantes enchentes, dentre outras situações.

A USAFA está situada em uma antiga pousada e foi adaptada para nos receber. Possuímos quatro consultórios médicos com banheiros, uma sala para coleta de preventivos e realização de eletros com banheiro, uma farmácia, uma sala para vacinas, uma sala para curativos, uma sala para pré-consultas, uma recepção, um salão para reuniões, um consultório odontológico, uma cozinha, uma sala para almoxarifado, um laboratório e sala de nebulização, além de dois banheiros, um para os usuários e outro para os profissionais.

Como todo o ambiente que é adaptado tem falhas, e apesar de ser amplo o espaço físico, acho que falta uma melhor divisão de salas. Na odontologia, por exemplo, temos apenas três equipes para atender as quatro equipes e com isso não conseguimos atingir a proporção de 75 a 80% de atividades clínicas cada um. A nossa divisão foi feita, determinada pelos gestores, cinco horas de “cadeira” e três horas “fora” por dia. Não há área determinada para o compressor, este fica trancado no banheiro destinado aos usuários. A esterilização e descontaminação de instrumentais é realizada no laboratório, onde são feitas também a coleta de exames e ainda funciona como sala de nebulização e ambulatório para usuários que necessitam de alguma medicação endovenosa.

O número de computadores também é reduzido, temos apenas dois, que são utilizados pela maioria dos funcionários e com isso causa alguns transtornos tanto para o pessoal do faturamento como para os ACS, que se revezam para realizar seu trabalho. Para uma melhor visualização da estrutura física da USAFA segue abaixo a planta física:

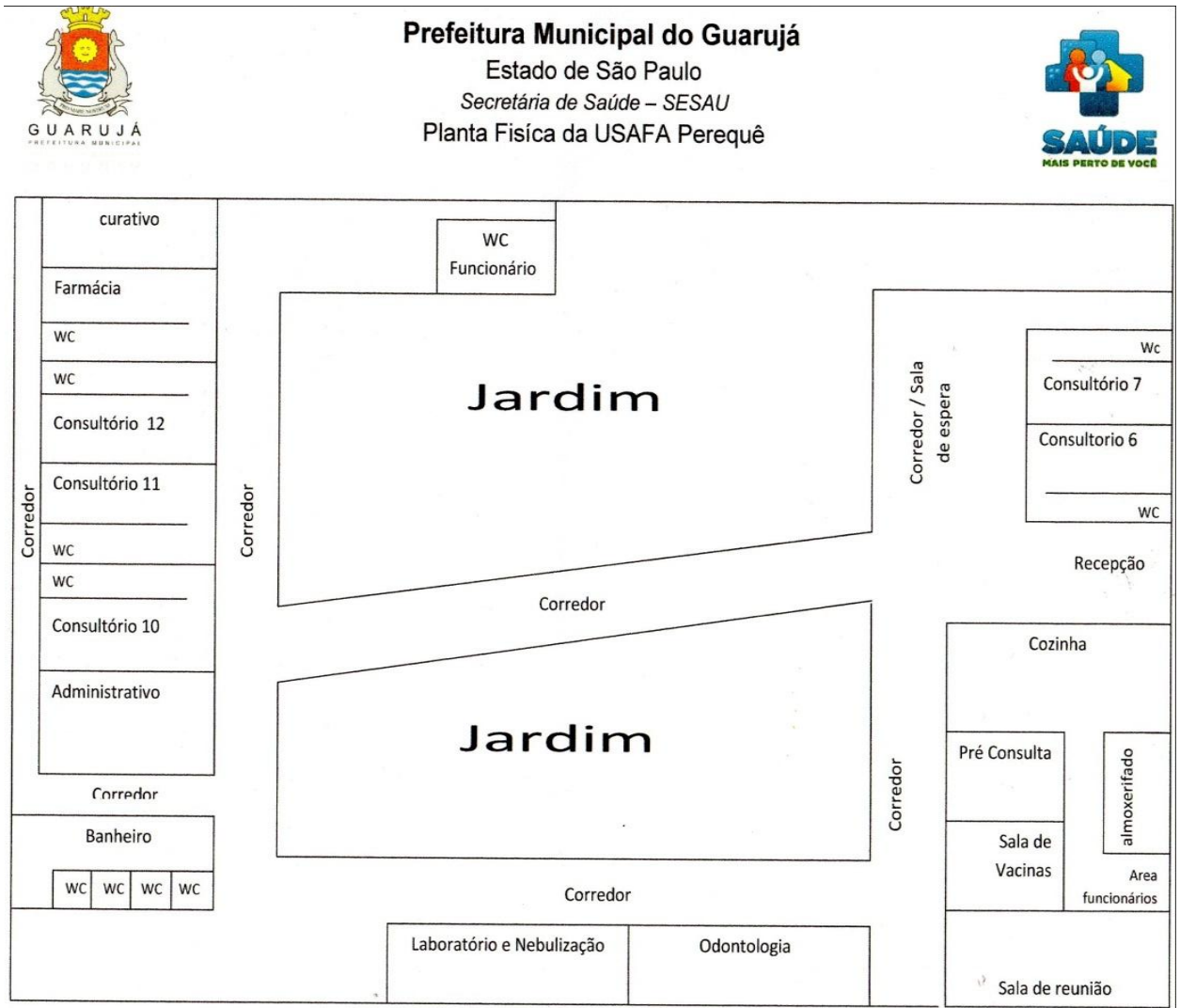


Figura 1: Planta física da USAFA Perequê
Fonte: Prefeitura Municipal do Guarujá

As ruas do bairro próximas à USAFA não têm asfalto, o que dificulta o acesso de pessoas com necessidades especiais, e ao levar o problema aos gestores, nos foi comunicado que por ser uma área de invasão, não poderiam resolver. Analisando as prioridades e possibilidades de enfrentamento, acho que de maneira geral não temos muito o que fazer, pois o problema estrutural não pode ser

resolvido, sendo o imóvel alugado. Sinto-me de mãos atadas quanto a isso. O bairro não possui outros imóveis com melhores condições e acredito que está fora dos planos da prefeitura e da OS que administra as USAFAS a construção de uma unidade própria.

Dentre às atribuições dos profissionais na atenção básica, o que considero de mais relevante é o acolhimento e o comprometimento, assim, qualquer usuário que procure a atenção básica deve ser ouvido e ter o seu “problema” resolvido de maneira positiva e para que isso aconteça é necessário o comprometimento de toda equipe. Na minha unidade, vejo que a grande maioria dos profissionais adota essa postura e tentam fazer de tudo para resolver o problema de forma rápida e com qualidade, mas muitas vezes esbarramos na burocracia e nas “filas de espera” quando necessitamos encaminhá-los para alguma especialidade.

Sofremos com as faltas dos médicos e com o número reduzido de ACS em algumas áreas. Está sendo feito um recadastramento de todas as famílias da área e talvez por esse motivo, temos falhas nos registros. A forma de registros também dificulta a avaliação adequada das ações programáticas e faz com que os indicadores não mostrem a realidade da área adstrita. A equipe está mobilizada a reverter esse quadro com a implantação de fichas específicas, atualização das fichas “A” e criação de cadernos para o controle de alguns indicadores (idosos, gestantes, Hipertensão, tuberculose e crianças menores de 5 anos).

Como já foi mencionada, a população da área adstrita da USAFA Perequê possui 15.000 habitantes para as quatro equipes, sendo 7.350 homens e 7.650 mulheres, com predominância de jovens e em idade ativa. De acordo com o Ministério da Saúde (MS), cada equipe deve ser responsável por aproximadamente 3.500 a 4.000 habitantes, sendo assim, a USAFA Perequê está adequada à exigência. Como o bairro Perequê encontra-se afastado do centro urbano e com uma população muito carente, o programa de ESF foi bem aceito pela comunidade existindo uma boa afinidade entre usuários e profissionais das equipes. Logo na implantação do programa, devido ao tempo que a população ficou sem atendimento, a demanda espontânea era muito grande e os profissionais ficavam sobrecarregados.

O acolhimento na USAFA é feito pelo enfermeiro e dependendo do caso o usuário é encaminhado para o médico ou têm sua consulta agendada. No caso da saúde bucal, o acolhimento é feito pela ASB e encaminhado ao dentista conforme a

necessidade. A demanda espontânea vem diminuindo gradativamente, mas a demora no atendimento na atenção especializada faz com que esses usuários (principalmente na odontologia), retornem com dor, e a maioria dos casos de emergência está relacionada a esse fato. O comprometimento dos gestores em ampliar a atenção especializada é um fator relevante para a melhoria do presente quadro.

Em relação à saúde das crianças, verificou-se uma baixa cobertura de puericultura, apenas 54% e também falha/falta de registros específicos. A unidade oferece o grupo de aleitamento materno, onde as mães são orientadas sobre amamentação (exclusivo de 0-6 meses e misto de 6 meses-2 anos), consultas de puerpério, bate papo sobre as principais dúvidas, palestras com o cirurgião dentista sobre os benefícios da amamentação para a formação da face além de orientação sobre a higiene oral do bebê.

Seguimos o protocolo do MS e implantamos há pouco tempo um modelo de protocolo da Rede Cegonha – assistência básica, onde de 0 a 12 meses, realizamos na primeira semana de vida uma visita domiciliar; os Recém Nascidos (RN) com mais de 2500g fazem três consultas médicas, quatro consultas de enfermagem e duas consultas odontológicas (primeira consulta ao nascer dos dentes e segunda aos 12 meses). Já os RN com menos de 2500g fazem sete consultas médicas, seis consultas de enfermagem e duas consultas odontológicas (primeira ao nascer dos dentes e segunda aos 12 meses); Teste do pezinho até o sétimo dia de vida; Teste do olhinho (Reflexo Vermelho) aos 4 meses, 6, 12 e 25 meses; Teste da orelhinha, que não tem na rede; Sulfato Ferroso de 6 a 18 meses (1mg / kg) e Vitamina A (4g / kg). Todas as crianças de 13 a 24 meses fazem duas consultas médicas, uma consulta de enfermagem, duas consultas odontológicas, sulfato ferroso até os 24 meses (1mg / kg), vitamina A até 24 meses (4mg / kg) e mega dose até os 5 anos de 6/6 meses.

A equipe de saúde bucal realiza atividade com escolares, através de levantamento epidemiológico com classificação de risco, com atendimento imediato nos casos mais graves, escovação supervisionada, aplicação tópica de flúor e palestras. Há uma boa adesão da população e há a participação de toda a equipe, mas existem falhas na forma de registros.

As gestantes também possuem um grupo, que se reúne uma vez por mês com palestras multidisciplinares, bate papo para as principais dúvidas, sorteios de

brindes e um lanche. É um grupo novo, estamos no terceiro encontro e a adesão tem sido um sucesso. Contamos com o acompanhamento de pré-natal, vacinas e consulta odontológica na abertura do pré-natal. Devido à falta de registros, a cobertura ainda apresenta-se baixa com apenas 27%. Adotamos o protocolo do Ministério da Saúde Rede Cegonha, com visita domiciliar no puerpério e acompanhamento de especialistas em gestações de alto risco (ARE). Os ACS fazem constantemente busca ativa às gestantes, principalmente em áreas que não possuem agentes.

A mulher conta ainda com os Programas de Prevenção de Colo de útero (SIS- Colo) e de mama (SIS Mama). Mulheres com vida sexualmente ativa são orientadas a fazer o exame preventivo anualmente, além de receberem orientação sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST). Infelizmente é um programa onde a adesão ainda é pequena, muitas vezes pelo fato de o enfermeiro ser do sexo masculino e causar certo constrangimento nas mulheres. Existem duas enfermeiras e orientamos, nesses casos, que as mulheres podem requerer a troca, mesmo não sendo de sua equipe, pois o importante é fazer o exame. Os profissionais envolvidos no procedimento são o médico, o enfermeiro (a) e o técnico de enfermagem. Não foram encontrados registros fidedignos sobre a cobertura dessas ações.

Já os idosos, ainda não possuem um grupo próprio, ainda está em fase de desenvolvimento e por isso não possuímos registros próprios para essa faixa etária. A maioria está incluída nos grupos de hiperdia, que também possuem uma ótima adesão.

Os grupos de hiperdia são realizados semanalmente, com palestras multidisciplinares e devido ao difícil acesso até a unidade, na última quinta-feira de cada mês, realizamos o encontro no salão da Igreja do bairro, para que os usuários com necessidades especiais tenham a oportunidade de participar. São realizadas caminhadas diárias e eles são incentivados a participar, para os insulíndependentes há a distribuição de glicosímetros e há um caderno específico de registros para o grupo, que está sendo atualizado. Os usuários portadores de diabetes que frequentam o grupo têm acesso imediato ao tratamento odontológico.

Os desafios são muitos como, à distância, a área de abrangência envolve estradas e locais de difícil acesso e em propriedades particulares, a falta de asfaltamento, falta de ACS, falta de medicações de responsabilidade do gestor público e falhas na forma de registros são os principais. Mas com uma equipe unida

e comprometida e principalmente com o apoio da população os problemas vão sendo contornados e resolvidos na medida do possível para uma melhoria na qualidade do atendimento aos usuários. Contamos ainda com a colaboração de nossa gerente, que resolveu usar as planilhas usadas no curso para melhorar o nosso desempenho relacionado às ações programáticas e promover intervenções.

1.3 Comentário comparativo entre texto inicial e relatório da análise situacional

Ao reler o texto escrito na segunda semana de ambientação, noto que não há uma diferença muito grande entre o antes e o depois. A principal diferença foi o modo “romântico” que eu enxergava a situação e a maneira mais realista que vejo agora. O trabalho em si, não mudou, mas percebi falhas, principalmente na forma de registros que atrapalham a avaliação de indicadores de qualidade dos serviços prestados. Após a análise situacional, obtive um olhar mais crítico frente às atividades desenvolvidas e um maior embasamento teórico para sugerir mudanças na USAFA a fim de qualificar o serviço prestado.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A Atenção Básica é o primeiro contato dos usuários com os sistemas de saúde, em vista disso, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) trabalha com equipes que desenvolvem práticas interdisciplinares e que se responsabilizam pela saúde da população adstrita de maneira integral e humanizada, considerando a realidade local e as distintas necessidades dos grupos populacionais (BRASIL, 2006), assim como, da população idosa.

No Brasil, a população idosa corresponde a indivíduos com 60 anos ou mais, e devido ao aumento progressivo da expectativa de vida, a assistência à saúde do idoso tornou-se prioridade (SOUZA; IGLESIAS, 2002). As ações direcionadas a saúde do idoso, proporcionam o atendimento e o cuidado das enfermidades, através do desenvolvimento de ações educativas direcionadas a promoção da saúde e prevenção de doenças buscando melhorar a qualidade de vida deste grupo populacional. Cabe ainda destacar que, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria N° 2.528, de 19 de outubro de 2006) tem por finalidade garantir atenção integral à saúde da população idosa, enfatizando o envelhecimento saudável e ativo e fortalecendo o protagonismo das pessoas que se encontram nessa faixa etária (BRASIL, 2006).

No município de Guarujá-SP, a USAFA Perequê, conta com uma população de 15.000 habitantes e um valor estimado de 1.650 idosos em nossa área de cobertura. Durante o preenchimento do Caderno de Ações Programáticas observou-se que não havia registros fidedignos e ações voltadas para os idosos, não sendo possível avaliar a quantidade exata de idosos residentes na área e o número de

idosos atendidos pela USAFA. Porém, sabe-se que há uma grande adesão dessa parte da população nos grupos de hiperdia que ocorrem na unidade de saúde.

Diante desta situação, optei realizar a intervenção direcionada a ação programática Saúde do Idoso, pois na minha unidade de saúde não é realizado nenhum trabalho específico a esse grupo populacional, assim estarei começando do “zero”, e a ação programática não será ampliada, e sim, implantada. Grande parte da equipe de profissionais da UBS está envolvida, pois a ação programática direcionada a Saúde do Idoso estará fazendo parte do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), mas ainda assim sinto que a maior dificuldade será o comprometimento de todos, já que será necessária a adaptação dos profissionais a novas condutas dando a impressão de “aumento de serviço”.

Contudo, é importante salientar que a saúde da pessoa idosa inclui diversos fatores que vão além do simples fato de ter ou não saúde. O envelhecimento é um processo natural que ocorre ao longo da vida do ser humano e que resulta em demandas trazidas pela parcela idosa, no âmbito do SUS. É, portanto, dever do Estado promover e executar ações integradas, que visem legitimar o envelhecimento digno. Com a intervenção, poderemos avaliar melhor as reais necessidades da população idosa e promover ações que melhorem sua qualidade de vida.

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo Geral

Melhorar a atenção à saúde do idoso na Unidade de Saúde da Família Perequê do município de Guarujá, São Paulo.

2.2.2 Objetivos Específicos

1. Ampliar a cobertura de acompanhamento de idosos;
2. Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Atenção à Saúde do Idoso;
3. Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na unidade de saúde;
4. Melhorar registros das informações;
5. Mapear os idosos de risco da área de abrangência;
6. Promover a saúde.

2.2.3 Metas

1.1 Ampliar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde para 60%;

1.2 Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção;

1.3 Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção;

1.4 Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS);

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

1.6 Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para 100% dos idosos;

1.7 Fazer visita domiciliar odontológica de 100% dos idosos acamados ou com dificuldade de locomoção;

2.1 Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas;

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

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

3.3 Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos;

3.4 Avaliar acesso aos medicamentos prescritos em 100% dos idosos;

3.5 Concluir o tratamento odontológico em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática;

3.6 Avaliar alterações de mucosa em 100% dos idosos cadastrados;

3.7 Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica.

4.1 Manter registro específico de 100% das pessoas idosas;

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

5.1 Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade;

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

5.3 Avaliar a rede social de 100% dos idosos;

5.4 Realizar avaliação de risco em saúde bucal em 100% dos idosos;

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

6.2 Garantir orientação para a prática de atividade física regular a 100% dos idosos;

6.3 Garantir orientações individuais sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados com primeira consulta odontológica programática;

6.4 Garantir ações coletivas de educação em saúde bucal para 100% dos idosos cadastrados.

2.3 Metodologia

Trata-se de um projeto de intervenção para melhorar a atenção à saúde do idoso, incluindo saúde bucal, que será implantada na USAFA Perequê, no município de Guarujá, São Paulo/Brasil. A intervenção será voltada para a população maior de 60 anos de idade e terá caráter permanente e avaliação inicial realizada nos quatros primeiros meses.

2.3.1 Ações

Para melhorar a Atenção à Saúde do Idoso da USAFA Perequê é fundamental que a intervenção contemple os quatro eixos temáticos: Monitoramento e Avaliação, Organização e Gestão do Serviço, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica. Na sequência estão descritos os detalhamentos das ações direcionadas a saúde do idoso:

Ação: Monitorar a cobertura dos idosos da área.

Detalhamento: Os idosos serão monitorados através de um livro de registro e por meio dos prontuários de atendimento.

Ação: Acolher os idosos. Cadastrar todos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde. Atualizar as informações do Sistema de Informação Ambulatorial (SIAB).

Detalhamento: Serão acolhidos pelos profissionais da UBS todos os idosos que procurarem o serviço de saúde. O cadastramento e/ou atualização do cadastro será realizado pelos ACS na UBS ou durante as visitas domiciliares. A atualização dos dados do SIAB será realizada pelo escriturário através das informações obtidas pelos ACS semestralmente.

Ação: Esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde. Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde.

Detalhamento: Através da capacitação dos agentes comunitários e através de palestras em grupos específicos onde há uma grande adesão do público e alvo, conscientizando-os sobre a importância do acompanhamento e tornando-os multiplicadores.

Ação: Capacitar a equipe no acolhimento aos idosos. Capacitar os ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço. Capacitação da equipe da unidade de saúde para a Política Nacional de Humanização.

Detalhamento: Durante as reuniões de equipe os profissionais de saúde serão orientados sobre como proceder no acolhimento aos idosos e sobre a Política Nacional de Humanização, que visa traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, entre as diversas Unidades e Serviços de Saúde, entre as instâncias que constituem o SUS. Os ACS ainda serão orientados para a busca ativa dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço.

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

Detalhamento: Solicitar aos ACS a identificação de todos os usuários acamados ou com dificuldades de locomoção para que seja realizado o monitoramento destes idosos através do registro no prontuário do usuário.

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

Detalhamento: Através de um livro de registro específico.

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

Detalhamento: A comunidade será informada através dos agentes comunitários de saúde, por meio de grupos de educação em saúde e cartazes na UBS sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da Unidade de Saúde.

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

Detalhamento: Durante as reuniões de equipe os ACS serão orientados sobre o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

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

Detalhamento: Através de constante monitoramento de livro de registro específico.

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

Detalhamento: Separar previamente determinado período para a realização de visitas domiciliares.

Ação: Orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar. Orientar a comunidade sobre a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: A comunidade será informada pelos profissionais de saúde da UBS, através de consultas, palestras com a comunidade e cartazes na UBS sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar e sobre a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamado.

Ação: Orientar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. Orientar os ACS para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar.

Detalhamento: As orientações aos ACS serão realizadas durante as reuniões de equipe.

Ação: Monitorar o número de idosos submetidos a rastreamento para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) periodicamente (pelo menos anualmente).

Detalhamento: Através de livro de registro específico.

Ação: Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS. Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial na unidade.

Detalhamento: Serão acolhidos pelos profissionais da UBS todos os idosos que procurarem o serviço de saúde, e serão incentivados a participar do grupo de Hipertensão. Solicitar aos gestores materiais em condições adequadas de uso.

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade. Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS.

Detalhamento: A comunidade será informada pelos profissionais de saúde da UBS, através de consultas, palestras com a comunidade e cartazes na UBS sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade e os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS.

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

Detalhamento: A conscientização dos profissionais de saúde sobre o uso adequado dos instrumentos será realizada durante as reuniões de equipe.

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

Detalhamento: Através de controle periódico em livro de registro específico.

Ação: Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM. Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento: Serão acolhidos pelos profissionais da UBS todos os idosos que procurarem o serviço de saúde, e serão incentivados a participar do grupo de Hipertensão. Solicitar aos gestores materiais em condições adequadas de uso.

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

Detalhamento: A comunidade será informada pelos profissionais de saúde da UBS, através de consultas, palestras com a comunidade e cartazes na UBS sobre a importância do rastreamento DM em idosos e os fatores de risco para o desenvolvimento da doença.

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

Detalhamento: Os profissionais de saúde serão capacitados durante as reuniões de equipe.

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

Detalhamento: O monitoramento se dará através do acompanhamento no livro de registro específico e por meio da ficha de atendimento odontológico.

Ação: Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde. Monitorar a utilização de serviço odontológico por idosos da área de abrangência. Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos. Oferecer atendimento prioritário aos idosos.

Detalhamento: Orientar a equipe sobre o acolhimento aos idosos, constante monitoramento do livro específico de registro, separar horários para atendimento aos idosos e Orientar aos ACS e ASB sobre a prioridade ao atendimento ao idoso.

Ação: Informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de idosos e de sua importância para saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na Unidade de Saúde. Esclarecer a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais. Ouvir a comunidade sobre estratégias para captação de idosos para acompanhamento odontológico.

Detalhamento: A comunidade será informada pelos profissionais de saúde da UBS, através de consultas, palestras com a comunidade e cartazes na UBS sobre atendimento odontológico prioritário de idosos e a necessidade da realização de exames bucais.

Ação: Capacitar os profissionais para o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pela UBS. Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico. Capacitar os ACS para a captação de idosos. Capacitar os cirurgiões dentistas para a realização de primeira consulta odontológica programática para idosos.

Detalhamento: As orientações aos profissionais serão realizadas durante as reuniões de equipe e através de cursos de capacitação.

Ação: Monitorar a cobertura de atendimento odontológico de idosos em cuidados domiciliar na área de abrangência da unidade de saúde.

Detalhamento: Através de constante monitoramento de livro de registro específico.

Ação: Organizar as visitas domiciliares para monitoramento das condições de saúde bucal e atendimento clínico odontológico. Organizar a agenda para viabilizar procedimentos clínicos odontológicos domiciliares. Garantir a disponibilidade de equipamentos e materiais para viabilizar procedimentos clínicos odontológicos domiciliares.

Detalhamento: Orientar os ACS sobre a importância das visitas domiciliares para o monitoramento das condições de saúde bucal e atendimento clínico e separar horários na agenda para realiza-los. Solicitar aos gestores insumos e instrumentais odontológicos suficientes para atender à demanda e em bom estado.

Ação: Ouvir a comunidade sobre estratégias para melhorar acessibilidade e atendimento. Esclarecer idosos, familiares e cuidadores sobre a importância da saúde bucal em idosos em cuidados domiciliares.

Detalhamento: A comunidade será ouvida sobre as estratégias para melhorar a acessibilidade do atendimento, através de uma caixa de sugestões e reclamações, durante as visitas domiciliares e nos grupos de educação em saúde com a comunidade. A conscientização da população alvo e de sua rede social sobre a importância do cuidado com a saúde bucal será realizada durante as consultas, visitas domiciliares e palestras.

Ação: Capacitar a equipe para esclarecer à comunidade a importância do atendimento em saúde bucal de idosos em cuidados domiciliares. Capacitar os ACS para a realização de buscas de idosos em cuidados domiciliares. Qualificar a equipe para realizar procedimentos clínicos odontológicos nos domicílios. Capacitar familiares e cuidadores para favorecer ou realizar a higiene bucal de idosos em cuidados domiciliares.

Detalhamento: Orientar os ACS sobre a importância do atendimento em saúde bucal de idosos em cuidados domiciliares através de reuniões de equipe e cursos de capacitação e orientar familiares e cuidadores sobre a importância da higiene bucal em idosos.

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

Detalhamento: Através de registro em livro específico.

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

Detalhamento: Orientar a ASB a monitorar os faltosos e solicitar aos ACS fazer busca ativa. Separar previamente horários para atendimentos de emergência.

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

Detalhamento: A comunidade será ouvida através de uma caixa de sugestões e reclamações, durante as visitas domiciliares, consultas e nos grupos de educação em saúde com a comunidade, nesses mesmos espaços serão informados sobre a importância de realização das consultas e sua periodicidade.

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

Detalhamento: As orientações aos ACS e demais profissionais serão realizadas durante as reuniões de equipe, bem como a definição da periodicidade das consultas.

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

Detalhamento: Orientar médicos e enfermeiros a fazer o monitoramento da data da última avaliação durante consulta médica e realizar nova avaliação caso necessário e registrar essas informações em um registro específico para controle e acompanhamento.

Ação: Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos. Definir as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos Idosos.

Detalhamento: Solicitar aos gestores equipamentos em condições adequadas de uso e através de reunião de equipe.

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

Detalhamento: A comunidade será informada pelos profissionais de saúde da UBS, através de consultas e palestras. Orientar os ACS a serem multiplicadores da importância das avaliações.

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

Detalhamento: Através de cursos de capacitação e de reuniões de equipe.

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

Detalhamento: O monitoramento se dará através do registro e acompanhamento no prontuário médico do usuário.

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos. Garantir busca a idosos que não realizaram exame clínico apropriado. Organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares. Garantir a referência e contra referência de usuários com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades.

Detalhamento: Através de reunião de equipe, orientar os ACS sobre as buscas ativas, separar previamente horários na agenda para atender a essa demanda e através de livro de registro.

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

Detalhamento: A comunidade será informada pelos profissionais de saúde da UBS, através de consultas, palestras com a comunidade e cartazes na UBS.

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

Detalhamento: Através de reuniões de equipe.

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

Detalhamento: O monitoramento se dará através do registro e acompanhamento no prontuário médico do usuário.

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

Detalhamento: Orientar médicos e enfermeiros a solicitar os exames, solicitar ao gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo e monitorar periodicamente as fichas espelho.

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

Detalhamento: Através de palestras de conscientização da população e profissionais de saúde durante o atendimento e consulta na UBS.

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

Detalhamento: Durante as reuniões de equipe os profissionais serão orientados sobre o uso do protocolo.

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

Detalhamento: O monitoramento será realizado através do controle das receitas dadas aos usuários cadastrados e por meio do registro específico de medicamentos contido na farmácia.

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

Detalhamento: Orientar o farmacêutico responsável sobre a importância do controle de estoque e a manter um registro específico e monitorá-lo periodicamente.

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

Detalhamento: A comunidade será informada pelos profissionais de saúde da UBS durante as consultas, palestras e pelos ACS nas visitas domiciliares.

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

Detalhamento: Através de cursos, seminários e palestras e através de reuniões de equipe.

Ação: Monitorar a proporção dos idosos que acessam o serviço odontológico que tem o tratamento odontológico concluído. Avaliar a proporção de atendimentos necessários para atender a demanda de idosos que acessam o serviço odontológico.

Detalhamento: Através de livro de registros específico e seu constante monitoramento e da comparação entre o número total de idosos cadastrados e o número de idosos com a primeira consulta realizada em livro de registro específico.

Ação: Organizar a agenda para garantir as consultas necessárias para conclusão do tratamento. Garantir com o gestor o fornecimento do material necessário para o atendimento odontológico. Garantir junto ao gestor o oferecimento de serviços diagnósticos e de referência para reestabelecimento da saúde bucal.

Detalhamento: Usuários já saem com as próximas consultas agendadas, solicitar ao gestor o fornecimento suficiente de materiais para atender a demanda e solicitar aos gestores a contratação de profissionais e investimentos em infraestrutura.

Ação: Esclarecer a comunidade sobre a importância de concluir o tratamento odontológico.

Detalhamento: A comunidade será informada pelos profissionais de saúde da UBS durante as consultas, palestras e pelos ACS nas visitas domiciliares.

Ação: Treinar a equipe para diagnosticar e tratar as principais alterações bucais em idosos, como: alterações de mucosa, edentulismo, doenças periodontais, hipossalivação e cáries de raiz, capacitar os profissionais para o manejo dos usuários idosos e capacitar a equipe de saúde a monitorar a adesão dos idosos ao tratamento odontológico.

Detalhamento: Através de cursos, seminários e palestras para cirurgiões dentistas e através de reuniões de equipe.

Ação: Monitorar a prevalência de alterações de mucosa no grupo de idosos. Identificar as alterações de mucosa oral mais prevalente nos idosos. Estimar a demanda para consultas no serviço de referência de diagnóstico bucal.

Detalhamento: Através de livro de registro específico e da capacitação dos profissionais.

Ação: Organizar ações conjuntas em campanhas de vacinação para captar idosos da área não avaliados. Disponibilizar material informativo relativo ao autoexame da boca.

Detalhamento: Solicitar ao gestor permissão para realizar a ação conjunta e o fornecimento de material suficiente para atender a demanda.

Ação: Esclarecer a população sobre fatores de risco e a importância do autoexame da boca. Esclarecer a população sobre a importância do exame de mucosa pelo profissional de saúde (dentista) durante a consulta.

Detalhamento: A comunidade será informada pelos dentistas e auxiliares de saúde bucal durante as consultas, nas palestras de conscientização e pelos ACS nas visitas domiciliares.

Ação: Capacitar a equipe de saúde para identificar alterações de mucosa. Capacitar a equipe de saúde bucal para selecionar os casos com necessidade de encaminhamento para serviços de referência e para tratar os casos de menor complexidade e prevalência.

Detalhamento: A capacitação da equipe será realizada através de cursos realizados durante a reunião de equipe.

Ação: Monitorar o número de idosos com necessidade de prótese. Avaliar a necessidade de substituição de próteses. Avaliar os tipos de próteses necessárias.

Detalhamento: O monitoramento será realizado através de avaliação clínica dos usuários e por meio do acompanhamento e registro no prontuário.

Ação: Demandar adequação no consultório dentário para realização da etapa clínica das próteses. Solicitar materiais e equipamentos para confecção e manutenção das próteses dentárias na unidade de saúde.

Detalhamento: Não se aplica. Os usuários com necessidade de próteses dentárias são encaminhados para o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

Ação: Esclarecer a população sobre o uso e manutenção de prótese dentária. Sensibilizar a população sobre a necessidade e o critério de hierarquização dos atendimentos em função da oferta dos serviços.

Detalhamento: Através da conscientização do público alvo, familiares e cuidadores.

Ação: Capacitar a equipe para orientar idosos sobre a importância do uso das próteses dentárias. Capacitar a equipe de saúde bucal para execução da etapa clínica da confecção e para manutenção de próteses na unidade de saúde.

Detalhamento: Orientar os ACS sobre a importância do uso de próteses dentárias. A etapa clínica não se aplica na unidade e os usuários com necessidade de próteses dentárias são encaminhados para o CEO.

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

Detalhamento: Através de livro de registros específicos e seu constante monitoramento.

Ação: Manter as informações do SIAB atualizados. Implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos. Pactuar com a equipe o registro das informações. Definir responsável pelo monitoramento dos registros. Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização da Avaliação Multidimensional Rápida e dos demais procedimentos preconizados.

Detalhamento: Alimentar o SIAB mensalmente, elaborar um registro junto com a equipe para acompanhar o atendimento aos idosos. A enfermeira da UBS ficará responsável pelo monitoramento do registro. Capacitar a equipe durante as reuniões de equipe para registrar os dados na nova planilha.

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.

Detalhamento: A comunidade será informada pelos profissionais de saúde da UBS durante as consultas, palestras e pelos ACS nas visitas domiciliares.

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

Detalhamento: Capacitar toda a equipe quanto ao preenchimento dos registros em reuniões de equipe.

Ação: Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Detalhamento: O monitoramento será realizado durante as consultas e atendimentos através da avaliação de cada uma das Cadernetas de Saúde da Pessoa Idosa.

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

Detalhamento: Será solicitado ao gestor municipal um número suficiente de Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa para ser disponibilizada a população idosa da UBS, para controle das atividades, consultas e exames realizados no serviço.

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

Detalhamento: A comunidade será informada pelos profissionais de saúde da UBS durante as consultas, palestras e pelos ACS nas visitas domiciliares.

Ação: Capacitar a equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Detalhamento: Através de reuniões de equipe.

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

Detalhamento: Através de registro específico.

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

Detalhamento: Será destinado na agenda um horário para o atendimento aos idosos de maior risco de morbimortalidade.

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

Detalhamento: Os idosos serão informados pelos profissionais de saúde da UBS durante as consultas e grupos de educação em saúde.

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

Detalhamento: Através de reuniões de equipe.

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

Detalhamento: O monitoramento será realizado através de livro de registros específicos e por meio dos prontuários dos idosos.

Ação: Priorizar o atendimento a idosos fragilizados na velhice.

Detalhamento: Será destinado na agenda um horário para o atendimento aos idosos de maior risco de morbimortalidade.

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

Detalhamento: Os idosos e a comunidade serão orientados pelos profissionais de saúde da UBS durante as consultas, palestras e pelos ACS nas visitas domiciliares.

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

Detalhamento: Através de reuniões de equipe.

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

Detalhamento: O monitoramento será realizado com o auxílio do ACS e através do registro destas informações no livro específicos.

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

Detalhamento: Orientar os profissionais da UBS para que facilitem o agendamento de consultas aos idosos com rede social deficiente e orientar os ACS para que priorizam as visitas domiciliares a esses idosos.

Ação: Orientar os idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde. Estimular na comunidade a promoção da socialização da pessoa idosa e do estabelecimento de redes sociais de apoio.

Detalhamento: Os idosos e a comunidade serão informados pelos profissionais de saúde da UBS durante as consultas, palestras e pelos ACS nas visitas domiciliares.

Ação: Capacitar a equipe para a rede social dos idosos.

Detalhamento: Através de reuniões de equipe.

Ação: Monitorar periodicamente os idosos de alto risco identificados na área de abrangência.

Detalhamento: Melhorar a forma de registro e fazer busca ativa.

Ação: Priorizar atendimento de idosos de alto risco.

Detalhamento: Será destinado na agenda um horário para o atendimento aos idosos de maior risco de morbimortalidade.

Ação: Orientar a comunidade, famílias com idosos e idosos sobre os fatores de risco para saúde bucal e suas consequências.

Detalhamento: Os idosos e a comunidade serão informados pelos dentistas da UBS e auxiliares de saúde bucal durante as consultas, palestras e pelos ACS nas visitas domiciliares.

Ação: Capacitar os profissionais para identificação de fatores de risco para saúde bucal.

Detalhamento: Os profissionais serão orientados durante as reuniões de equipe, na participação de cursos e palestras.

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

Detalhamento: Elaborar um caderno de registro de modo que possa ser monitorado o número de idosos que recebem orientações nas ações educativas de promoção a saúde e número de idosos com obesidade/desnutrição.

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

Detalhamento: Através de reuniões de equipe.

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

Detalhamento: Os idosos, cuidadores e a comunidade serão informados pelos profissionais de saúde da UBS durante as consultas, palestras e pelos ACS nas visitas domiciliares.

Ação: Capacitar a equipe para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os “Dez passos para a alimentação saudável” ou o “Guia alimentar para a população brasileira”. Capacitar a equipe para a orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: Através de reuniões de equipes.

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

Detalhamento: Promover atividades físicas com o apoio de um educador físico regularmente e fazer o monitoramento através de registros específicos.

Ação: Definir o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular. Demandar do gestor municipal parcerias institucionais para identificação de realização de atividade física.

Detalhamento: Durante as reuniões de equipe definir o papel dos profissionais na orientação da prática da atividade física e solicitar ao gestor parcerias institucionais.

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

Detalhamento: Os idosos e a comunidade serão orientados pelos profissionais de saúde da UBS durante as consultas, palestras e pelos ACS nas visitas domiciliares

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

Detalhamento: Através de reuniões de equipe.

Ação: Monitorar as atividades educativas individuais.

Detalhamento: Através de registro específico.

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

Detalhamento: Organizar a agenda.

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

Detalhamento: Os idosos e seus familiares serão informados pelos dentistas e auxiliares de saúde bucal durante as consultas e palestras.

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

Detalhamento: Conscientizar os cirurgiões dentistas sobre a importância da orientação sobre higiene bucal e em próteses dentárias.

Ação: Monitorar as atividades coletivas de educação em saúde bucal para idosos cadastrados.

Detalhamento: Elaborar um caderno de registro de modo que possa ser monitorada as atividades coletivas contando com a participação dos cirurgiões dentistas nos grupos de idosos que serão formados.

Ação: Organizar temas de interesse para os idosos cadastrados no programa de saúde bucal. Elaborar e programar uma sequência de palestras para divulgação.

Detalhamento: Organizar palestras nos grupos e orientar os cirurgiões dentistas a realizarem palestras educativas para o público alvo.

Ação: Informar a população sobre a importância da participação nas atividades educativas. Identificar junto à população temas de interesse a serem abordados nas palestras.

Detalhamento: A população será informada pelos profissionais de saúde, nas salas de espera, consultas, palestras e visitas domiciliares.

Ação: Capacitar a equipe para elaborar e realizar ações coletivas de educação em saúde bucal. Identificar temas favoráveis para desenvolvimento de orientações multiprofissionais.

Detalhamento: Os profissionais serão orientados durante as reuniões de equipe e juntamente com outros dentistas serão elencados os temas mais favoráveis.

2.3.2 Indicadores

Os indicadores propostos neste projeto serão observados e avaliados para garantir o monitoramento e alcance das metas.

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

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa.

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

1.2 Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

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

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

1.3 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 ao programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

1.4 Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta.

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

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

1.5 Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus.

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

1.6 Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

Numerador: Número de idosos da área de abrangência na UBS com primeira consulta odontológica programática (com elaboração do plano de tratamento).

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

1.7 Proporção de idosos acamados ou com dificuldade de locomoção que receberam visita domiciliar odontológica.

Numerador: Número de idosos da área de abrangência acamados ou com dificuldade de locomoção que receberam VD odontológica.

Denominador: Número total de idosos acamados da área de abrangência ou com dificuldade de locomoção cadastrados na unidade de saúde.

2.1 Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa.

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

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas.

3.1 Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

Numerador: Número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida.

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

3.2 Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia.

Numerador: Número de idosos com exame clínico apropriado.

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

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

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

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

3.4 Proporção de idosos com acesso aos medicamentos prescritos.

Numerador: Número de idosos com acesso aos medicamentos prescritos.

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

3.5 Proporção de idosos com tratamento odontológico concluído.

Numerador: Número de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde com tratamento odontológico concluído.

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência cadastradas na unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática.

3.6 Proporção de idosos com avaliação de alterações de mucosa em dia.

Numerador: Número de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde com avaliação de mucosa.

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

3.7 Proporção de idosos com avaliação da necessidade de prótese em dia.

Numerador: Número de idosos da área de abrangência cadastrados na UBS com avaliação da necessidade de prótese.

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde com primeira consulta odontológica.

4.1 Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia.

Numerador: Número de ficha espelho com registro adequado.

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

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 ao programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

5.1 Proporção de idosos com avaliação de risco de morbimortalidade em dia.

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.

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

5.4 Proporção de idosos com avaliação de risco em saúde bucal em dia.

Numerador: Número de idosos da área de abrangência cadastrados na Unidade de Saúde com avaliação de risco em saúde bucal.

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência cadastrados na Unidade de Saúde com primeira consulta odontológica programática.

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

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

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

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

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

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

6.3 Proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia.

Numerador: Número de idosos com primeira consulta odontológica com orientação individual de cuidados de saúde bucal.

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde com primeira consulta odontológica.

6.4 Proporção de idosos com participação em ações coletivas de educação em saúde bucal.

Numerador: Número de idosos com participação em ações coletivas de educação em saúde bucal.

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

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa da Saúde do Idoso vamos adotar o Caderno de Atenção Básica - Envelhecimento e saúde da pessoa idosa do Ministério da Saúde, 2006. Para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção estaremos utilizando a ficha espelho disponibilizada pelo curso de Especialização em Saúde da Família - UFPEL. Como ultimamente estamos tendo problemas com a falta de impressos, as cópias das fichas espelhos serão impressas pela SMS de Guarujá/SP. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados, também disponibilizada pelo curso.

Solicitei aos ACS o número exato de idosos de cada área e organizei um arquivo com pastas suspensas com os meses do ano, a fim de colocar o prontuário simplificado (ficha espelho) no mês referente ao seu retorno, facilitando assim a busca ativa de usuários faltosos. Na odontologia será feito um caderno para controle de usuários idosos que passam em primeira consulta e a data do término do

tratamento com o respectivo retorno para eventuais buscas ativa. O acolhimento dos usuários será realizado por qualquer profissional da equipe ou livre demanda. Os idosos terão atendimento prioritário (sem necessidade de fila de espera). A busca ativa aos idosos faltosos será feita durante o turno de serviço pelos ACS.

Em reunião de equipe, pretende-se primeiramente expor aos profissionais a proposta de intervenção e discutir a melhor maneira de fazê-la com o auxílio do grupo. Assim, a intervenção dará início com a capacitação da equipe sobre o Caderno de Atenção Básica - Envelhecimento e saúde da pessoa idosa para que todos utilizem essa referência. Essa capacitação ocorrerá na própria USAFA e será feita durante as reuniões de equipe, que acontecem em horários alternados. A equipe é formada por um médico, um enfermeiro, um dentista, um auxiliar de saúde bucal, dois técnicos de enfermagem e cinco ACS.

O acolhimento das pessoas idosas será feito pelo enfermeiro que irá verificar a necessidade de consulta médica e já fará os pedidos de exames que julgar necessário, assim, quando passar em consulta com o médico o idoso já estará com os resultados dos exames em mãos e otimizará o tempo de consulta. Já há consultas de emergências disponíveis, incluindo a saúde bucal. O usuário já sairá com a próxima consulta agendada.

Para sensibilizar a comunidade sobre a importância da saúde do idoso será organizado o Grupo de Idosos, a divulgação do grupo será realizada pelos ACS nas visitas domiciliares e pela equipe na UBS. Serão feitas carteirinhas do idoso e palestras voltadas a esse público. Solicitarei o apoio da comunidade no intuito de ampliar a captação dos idosos e de esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional. A organização e realização dos grupos de idosos será de responsabilidade de toda a equipe.

Mensalmente o enfermeiro verificará as pastas do mês para agendar as consultas dos idosos que devem passar por atendimento e passará para o ACS que avisará que já está em tempo de se consultar. A primeira consulta será com o enfermeiro, para solicitação de exames e no mês seguinte já com o médico. Ao final de cada mês, as informações coletadas serão consolidadas em uma planilha eletrônica de coleta de dados.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas – facilidades e dificuldades

A intervenção foi realizada na USAFA do bairro do Perequê, município de Guarujá/SP, no período de 02 de dezembro de 2013 a 23 de março de 2014, correspondendo a 16 semanas. Assim, com o objetivo de melhorar a atenção à saúde do idoso neste local foram desenvolvidas ações nos quatro eixos temáticos: Monitoramento e Avaliação, Organização e Gestão do Serviço, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica.

No entanto, quando escolhi a saúde do idoso para realizar a intervenção na USAFA sabia das dificuldades que iria encontrar para implantar um projeto novo, não só pelo fato de ser dentista e relativamente nova na unidade, mas também pela ideia de que significaria um “aumento” de serviço para a equipe. Mesmo assim, resolvi encarar o desafio, pois não havia lógica melhorar uma ação programática que já estava sendo bem desenvolvida no serviço de saúde, era necessário trabalhar com uma população que a UBS não estivesse realizando ações específicas. Assim, com o apoio da minha gerente e da equipe rosa da USAFA seguimos em frente.

Antes do início da intervenção, realizei uma reunião com a equipe para apresentar o projeto de intervenção e para estabelecer o papel de cada profissional na intervenção, além de apresentar a ficha espelho. Ainda nesse período foram providenciados os materiais necessários para a realização da coleta de dados durante a intervenção como, cópias da ficha espelho, pastas suspensas, armário para alocar as pastas, planilhas e uma pasta para guardar tudo o que fosse relacionado à intervenção.

Em relação ao eixo Qualificação da Prática Clínica, foram desenvolvidas as capacitações com a equipe de profissionais da área rosa da USAFA previstas no

projeto de intervenção. A equipe foi capacitada em relação ao acolhimento, cadastramento, preenchimento correto dos registros, e acompanhamento da rotina da intervenção, usando como base o Protocolo de Saúde do Idoso do Ministério da Saúde. A equipe aceitou bem a capacitação e na medida em que surgiam dúvidas, estas eram sanadas durante as reuniões semanais de equipe que eram desenvolvidas na própria USAFA.

No que diz respeito ao eixo Monitoramento e Avaliação, as ações foram desenvolvidas de maneira integral. O cadastro dos idosos no serviço de saúde foi realizado pelos ACS através de uma espécie de “varredura” das famílias cadastradas para identificar os idosos pertencentes à área da USAFA e registrados em um livro para sabermos quem eram os idosos e o número total. Durante dois finais de semana, foram revisados e corrigidos todos os prontuários pela equipe e ACS, e aproveitamos para identificar idoso. As fichas espelho ficaram alocadas em pastas suspensas com os meses do ano que o idoso deve retornar à consulta para que tenha esse controle. Já o preenchimento e acompanhamento da planilha de coleta de dados foi realizado por mim e pelo enfermeiro da equipe no final de cada uma das semanas de intervenção. Os idosos. O preenchimento das fichas espelho foi feito por cada um dos profissionais da equipe (médico, enfermeiro e dentista) no momento do atendimento clínico ao

Com o cadastramento do número total de idosos e a implantação de registros específicos voltados a essa população, foi possível conhecer melhor as necessidades dessa faixa etária e com isso implantar ações com a finalidade de promoção de saúde e não somente a cura das doenças.

Para contemplar as ações previstas no eixo Engajamento Público, realizamos durante a intervenção grupos de educação em saúde com os idosos. Os idosos foram convidados a participar dos encontros pelos ACS e líderes comunitários, que aproveitaram a influência junto à população para incentivá-los a participar dos grupos e orientar sobre a importância das estratégias desenvolvidas na intervenção a fim de melhorar a atenção aos idosos.

Nesse sentido, resolvemos aproveitar o espaço da igreja católica Nossa Senhora Aparecida em que realizamos os grupos de Hiperdia para realizar o primeiro grupo de idosos. Tivemos essa ideia, pois percebemos que quando o Hiperdia é realizado lá, atingimos um maior público devido a sua localização e fácil acesso dos usuários. Nos grupos de idosos sempre tivemos a participação de toda a

equipe, com exceção do médico. Estavam presentes o enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, a dentista (eu), a ASB e os seis ACS.

No primeiro grupo de idosos, a reunião começou com uma palestra sobre riscos de quedas e as principais doenças na velhice, compartilhamos dicas sobre o perigo de ter tapetes soltos na casa, ter interruptores de luz ou abajur próximo à cama e orientamos os cuidadores dos idosos que também estavam presente a estarem atentos a essas situações. Aproveitamos o momento para aferir a pressão arterial e glicemia e fazer pedidos de mamografia e preventivos para as mulheres idosas presentes. Tivemos neste dia um total de 19 idosos participando do grupo.



Figura 2: Primeiro encontro do grupo de Idosos.



Figura 3: Verificação da pressão arterial sistêmica e glicemia nos idosos.

No segundo encontro do grupo de idosos, o tema abordado foi Alimentação Saudável e a palestra foi ministrada por um ACS que estava de férias e mesmo assim foi participar do grupo. Os idosos, principalmente as mulheres gostaram muito, já que ele distribuiu um folheto com um pequeno resumo do assunto abordado e com sugestões de receitas que podem levar esses alimentos. Neste dia tivemos 34 idosos participando do encontro. Depois da palestra, foi verificada a pressão arterial, realizado o exame de glicemia e avaliação odontológica nos idosos. Além disso, foi solicitado o pedido de mamografia e PSA (exame de sangue para diagnóstico de câncer de próstata) para os idosos que ainda não haviam realizado o exame neste ano. E para finalizar o encontro foi servido um lanche com bolachas, sucos e pães oferecidos pela própria população e equipe. Foi uma manhã muito gostosa e já deixamos marcado o próximo encontro, onde será abordado o tema Saúde Bucal dos Idosos, assunto sugerido pela própria população.



Figura 4: Segundo encontro do grupo de idosos.



Figura 5: Avaliação odontológica no grupo de idosos.

Já no eixo Organização e Gestão do Serviço, era necessário garantir o cadastramento de todos os idosos da área de abrangência e seu acolhimento, manter as informações do SIAB atualizadas, especificar dia de visitas domiciliares para acamados ou com dificuldade de locomoção e definir as atribuições de cada profissional da equipe na intervenção.

Durante as minhas férias, que coincidiram com as do médico da equipe, houve alguns contratemplos e ficamos sem médico durante alguns dias. O enfermeiro da área rosa e os médicos de outras equipes fizeram o atendimento clínico dos idosos nesse período, através de consultas agendadas ou até mesmo através de demanda espontânea. Não foi designado um dia especial para atendimento aos idosos. Um colega se encarregou de monitorar os dados da intervenção e me repassar na minha ausência e pude ver que mesmo com tudo o que aconteceu, a intervenção não parou. O mesmo aconteceu quando o médico saiu definitivamente. Como não tínhamos previsão da chegada de um substituto, as consultas não foram desmarcadas. O enfermeiro fazia o atendimento e o médico de outra equipe dava suporte nos casos mais específicos.

A colaboração e o engajamento dos ACS foram de fundamental importância no sucesso da intervenção. As buscas ativas foram realizadas e a divulgação dos

grupos e das ações do projeto fez com que eles se interessassem mais pela sua saúde e principalmente pela saúde bucal. A equipe odontológica realizou um trabalho surpreendente. Nesse caso, todas as equipes resolveram aderir à intervenção, dando prioridade ao atendimento aos idosos. Eles são abordados durante os grupos, como no de Idosos e Hiperdia, durante as visitas domiciliares e até mesmo no atendimento clínico com o médico e/ou enfermeiro. No início, notei certa resistência por parte dos idosos, pois como a maioria deles usa próteses totais, achavam que não precisariam de consulta odontológica, mas com o apoio de toda a equipe e do engajamento da própria população, estamos conseguindo reverter esse pensamento.

As visitas domiciliares também ocorreram conforme o previsto. As tardes de quinta-feira foram separadas para esse tipo de atendimento com a presença completa da equipe, médico, enfermeiro, um técnico de enfermagem, dentista, ASB e o ACS responsável pelo idoso. Os agentes solicitavam visitas domiciliares para os idosos, independente de estar ou não com algum problema de saúde.



Figura 6: Realização de visita domiciliar

Durante as visitas domiciliares, os idosos tiveram a sua pressão aferida e em casos de ser portador de diabete, o exame de glicemia foi realizado. Eram ouvidas as queixas dos usuários e se necessário era prescrito medicações exames pelo médico e encaminhava para a especialidade quando necessário. O idoso recebeu também avaliação odontológica e foi encaminhado para tratamento conforme

necessidade. Com a intervenção, a consulta anual ocorreu também nas casas dos usuários com problemas de locomoção.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas – facilidades e dificuldades

A unidade onde trabalho é composta por quatro equipes, sendo que cada equipe é responsável por aproximadamente 4.000 pessoas residentes no bairro. Porém, quando iniciamos a intervenção na USAFA, algumas dificuldades começaram a aparecer, pois a falta de comprometimento de alguns profissionais das equipes ameaçava o andamento das ações previstas no projeto, então acabamos realizando a intervenção somente com os profissionais da minha equipe – área rosa, que estavam realmente envolvidos e comprometidos com a intervenção.

O Grupo de Idosos também não aconteceu de acordo com o programado, estava previsto no cronograma do projeto de intervenção a realização de um grupo mensal, o que totalizaria quatro encontros com o grupo de idosos no final da intervenção. Porém, em virtude do atraso na primeira reunião, as festas de fim de ano, e conseqüente à diminuição drástica da demanda de idosos na USAFA no período de final de ano e férias não conseguimos fazer nos dois primeiros meses. Mas, apesar do atraso, com a divulgação do programa através dos ACS, líderes comunitários, divulgação nos jornais locais e, principalmente da própria população, o grupo está alcançando um público cada vez maior.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização de dados

A forma de registro estava simples e de fácil monitoramento. Com as fichas-espelho em pastas suspensas com o nome de cada idoso e mês de retorno, tornou fácil a visualização dos idosos que necessitam de retorno e/ou que estão faltosos às consultas. Com a coleta e sistematização dos dados foi possível verificar o número de idosos atendidos durante a intervenção e as ações desenvolvidas através dos indicadores gerados.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviço

Recentemente uma nova médica se juntou à equipe e aos poucos está se familiarizando com a intervenção. A gerente da unidade também foi transferida e mesmo sem chefia, graças ao comprometimento da equipe, todas as ações continuam sendo desenvolvidas de forma natural.

Ao fim da primeira avaliação da intervenção, a implantação desta ação programática, a equipe se mostrou bastante satisfeita em ver que mesmo com muitas dificuldades, conseguimos incorporar as ações à rotina da equipe, tendo a possibilidade de estender a intervenção para toda a USAFA, contemplando as quatro equipes. Além disso, obtivemos a aprovação da intervenção pelos idosos e seus familiares que sentiram-se satisfeitos com a atenção dada à melhor idade.

4 Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados

A intervenção proporcionou a melhoria da saúde do idoso na área rosa da USAFA do bairro Perequê que conta com 197 idosos. Para atingir o objetivo de ampliar a cobertura de acompanhamento de idosos, tínhamos como meta ampliar a cobertura dos idosos da área em 60%, sendo alcançada ao final da intervenção uma cobertura de 75,6%. Ao iniciar a intervenção não possuíamos nenhum registro específico para a população idosa, então iniciamos do zero. No primeiro mês foram acompanhados 55 idosos (27,9%), enquanto que no segundo e terceiro mês, devido à época de festas de final de ano e férias de janeiro, o movimento caiu drasticamente e foram acompanhados 78 e 106 idosos respectivamente, totalizando no terceiro mês 53,8%. Finalizamos o quarto mês da intervenção com um total de 149 idosos acompanhados na USAFA, atingindo a meta de 75,6%. Os motivos pelos quais conseguimos ultrapassar a meta proposta inicialmente foram a constante busca ativa dos idosos e o empenho da maioria dos ACS em fazer o cadastramento desses usuários. Os idosos não acompanhados possuem plano de saúde e realizam suas consultas e tratamentos em consultórios particulares.

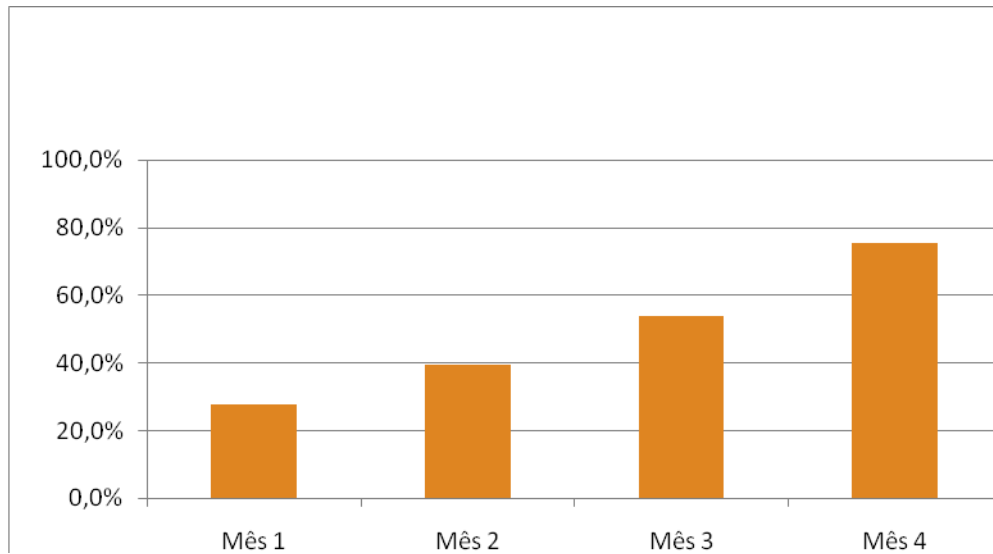


Figura 7: Proporção de cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na Unidade de Saúde da Família Perequê (USAFA). Guarujá, SP. 2014.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

Em relação aos idosos acamados ou com problemas de locomoção, foi estimado cadastrar 100%, porém do total de 29 idosos com limitações físicas foram acompanhados 14 idosos ao final da intervenção, totalizando 47,9%, não alcançando a meta estipulada no projeto. No primeiro mês de intervenção foram acompanhados cinco idosos acamados ou com problemas de locomoção, no final do segundo mês seis idosos, nove idosos no terceiro mês, finalizando o quarto mês da intervenção com quatorze idosos acompanhados. Os ACS tentaram fazer com que as pessoas que possuíam plano de saúde frequentassem a unidade, mas não obtiveram êxito. Outro fator que também contribuiu para o fracasso em atingir a meta foi o pouco envolvimento de um ou dois agentes comunitários, que não se mostraram muito participativos durante a intervenção.

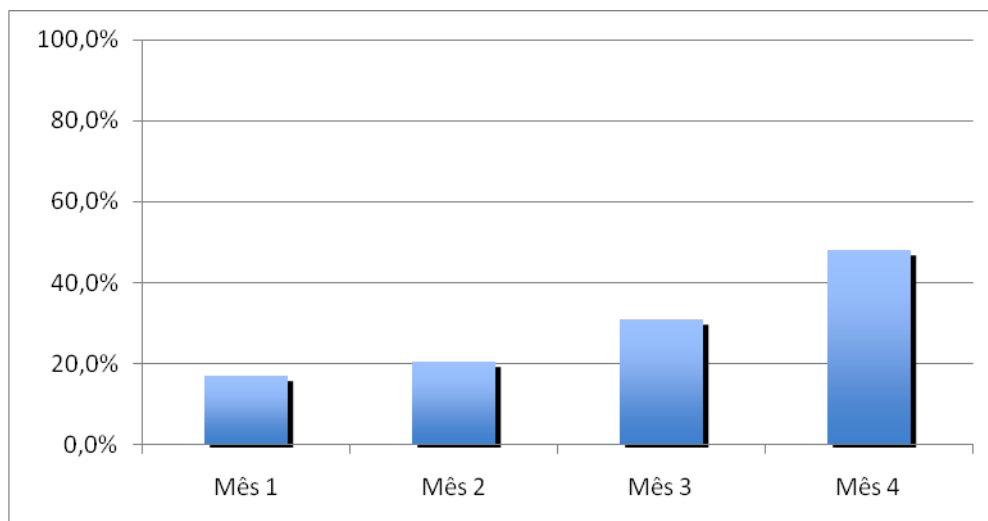


Figura 8: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados na Unidade de Saúde da Família Perequê (USAFA). Guarujá, SP. 2014.
Fonte: Planilha de coleta de dados.

Quanto à realização de visita domiciliar aos idosos acamados ou com problemas de locomoção, foi proposto uma meta de 100%, no qual foi plenamente alcançada, pois os 14 idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados na USAFA receberam visita domiciliar. No primeiro mês foram acompanhados através das visitas domiciliares cinco idosos acamados ou com problemas de locomoção, no segundo mês seis, no terceiro mês nove idosos, totalizando no quarto mês de intervenção 14 idosos acompanhados. O comprometimento dos ACS e da equipe em geral foram fundamentais para alcançar esse resultado, assim, com o dia de visita domiciliar pré-determinado pudemos nos organizar para que as visitas fossem realizadas.

Em relação aos idosos com hipertensão, foi definido como meta, rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Durante os quatro meses de intervenção, 145 idosos hipertensos (97,3%) tiveram verificação da pressão arterial na última consulta, sendo 54 no primeiro mês, 74 no segundo, 102 no terceiro e 145 no quarto mês da intervenção. Na UBS, é protocolo que todos os usuários que vão passar em consulta, seja com médico, enfermeiro ou dentista, seja verificada a pressão arterial. Porém, houve casos em que isso não ocorreu e ao verificar, foi constatado que a pressão arterial do idoso não foi passada para o prontuário por falta de atenção do profissional responsável pelo atendimento. Um erro grave que foi discutido em reunião de equipe.

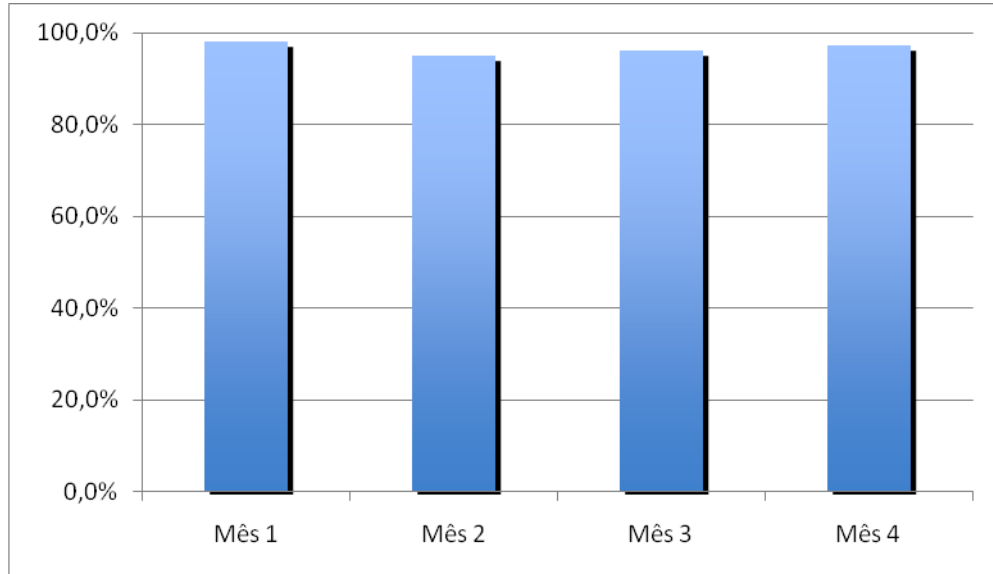


Figura 9: Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta na Unidade de Saúde da Família Perequê (USAFA). Guarujá, SP. 2014.

Já para os idosos portadores de hipertensão rastreados para diabetes, a meta estipulada foi de 100%, e no primeiro mês de intervenção tivemos 12 idosos (41,4%) com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg rastreados para Diabetes Mellitus (DM) de 29 idosos, no segundo mês 18 (43,9%) de 41 idosos, no terceiro e quarto mês houve um declínio para 22 idosos (40%) de 55 e 32 (40%) para 80 idosos com HAS com pressão sustentada maior que 135/80mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica. Um dos principais problemas encontrados no meu município é a falta de testes para glicemia que acontece ocasionalmente, dificultando o rastreamento para diabetes.

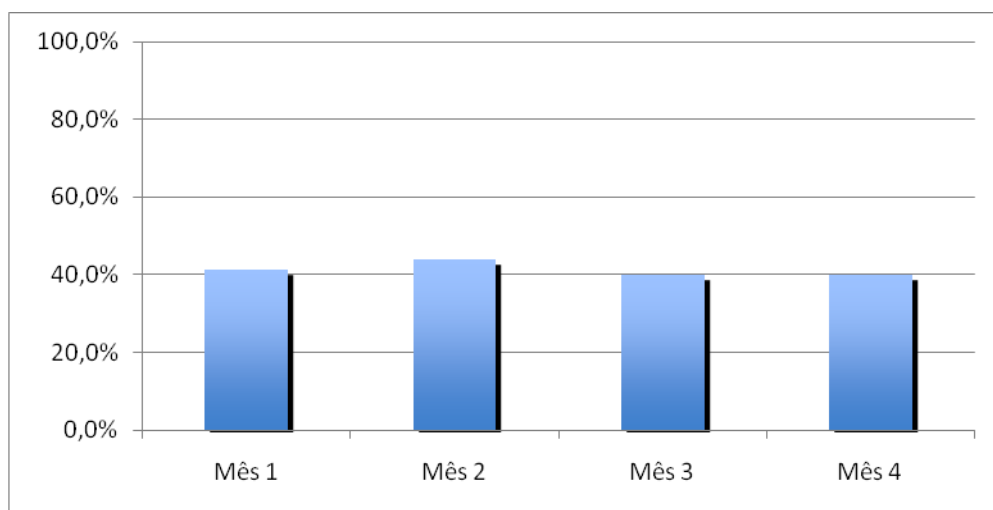


Figura 10: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes na Unidade de Saúde da Família Perequê (USAFA). Guarujá, SP. 2014.

Outra meta estipulada na intervenção foi ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para 100% dos idosos, porém durante a intervenção foram acompanhados 149 idosos, mas somente 65 tiveram a primeira consulta odontológica programática (43,6%). Foram atendidos 23 idosos no primeiro mês, 32 idosos no segundo mês, 45 no terceiro mês, e 65 no último mês da intervenção. Porém, a queda de atendimentos no segundo mês da intervenção coincidiu com as minhas férias, mas pude contar com a ajuda dos colegas que fizeram alguns atendimentos para a minha área para que a intervenção não fosse interrompida e quando voltei esse número melhorou, embora a meta não tenha sido alcançada. A grande demanda para tratamento odontológico contribuiu para esse fato. Além disso, a meta de 100% não foi alcançada, pois muitos idosos têm resistência em fazer uma avaliação odontológica por não possuírem dentes e usarem próteses totais e mesmo com o auxílio dos ACS e as orientações passadas em palestras educativas e conversas durante os grupos, não obtivemos o resultado desejado. Acredito que esse quadro possa ser revertido, já que a intervenção continua e os idosos têm se mostrado cada vez mais acessíveis às informações e orientações dadas.

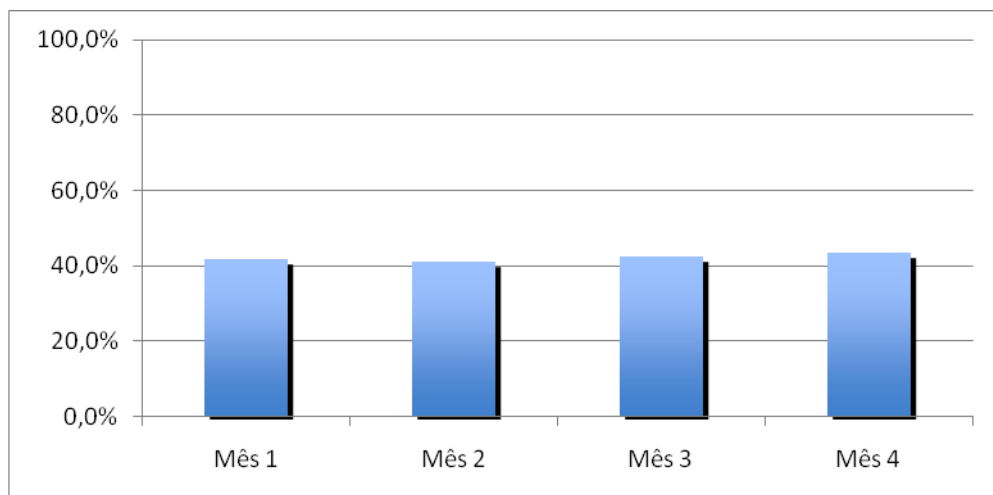


Figura 11: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática na Unidade de Saúde da Família Perequê (USAFA). Guarujá, SP. 2014.

Para os idosos acamados ou com dificuldade de locomoção, estipulamos fazer visita domiciliar odontológica em 100%. As visitas domiciliares costumam ser feitas pela equipe completa (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, dentista, ASB e o ACS) e em um dia da semana determinado (quinta-feira). Receberam

visitas domiciliares 14 idosos acamados ou com dificuldade de locomoção durante a intervenção, porém 13 (92,9%) aceitaram fazer avaliação odontológica nos meses da intervenção. Tiveram visita domiciliar odontológica quatro idosos no primeiro mês, cinco idosos até o final do segundo mês (férias da dentista), oito no terceiro mês, finalizando o último mês da intervenção com 13 usuários atendidos em visita domiciliar. Um deles alegou não possuir dentes e ainda não conseguimos convencê-lo a passar pelo dentista. Estamos fazendo um trabalho junto com os agentes comunitários de saúde e representantes da comunidade para orientar sobre a importância da consulta odontológica anual e com isso os números aumentaram nos últimos meses e vem melhorando desde então.

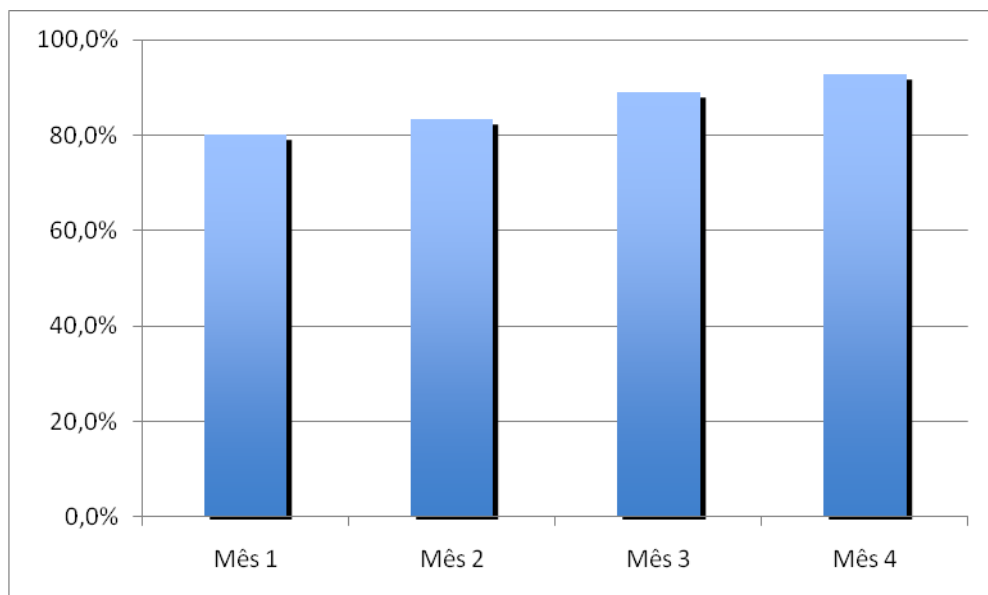


Figura 12: Proporção de idosos acamados ou com dificuldade de locomoção que receberam visita domiciliar odontológica na Unidade de Saúde da Família Perequê (USAFA). Guarujá, SP. 2014.

Para atingir o objetivo de melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Atenção à Saúde do Idoso, propomos buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas. Durante os meses em que a intervenção ocorreu, 37 idosos faltaram às consultas e desses, somente 25 receberam busca ativa (67,6%). Fatores como a não colaboração de um ACS, mudança de endereço e o fato do idoso não ser encontrado em casa, influenciaram diretamente ao “insucesso” de alcançar a meta.

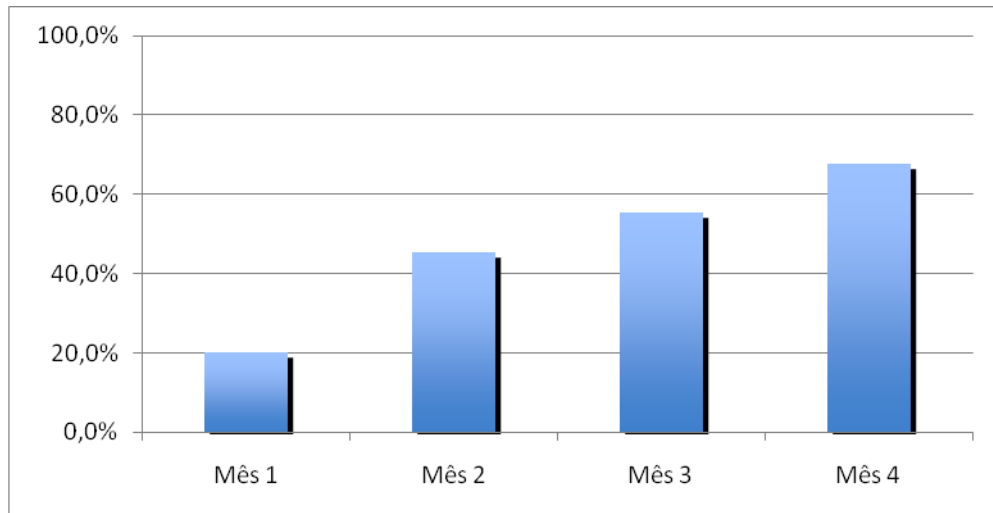


Figura 13: Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa na Unidade de Saúde da Família Perequê (USAFA). Guarujá, SP. 2014.

Com o intuito de alcançar o objetivo de melhorar a qualidade da atenção ao idoso na unidade de saúde, foi estimado como meta realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde. A Avaliação Multidimensional Rápida foi realizada em 25 idosos no primeiro mês, 43 idosos no final do segundo mês, 71 no terceiro mês, totalizando no final do quarto mês 114 idosos (76,5%). A princípio houve resistência por parte dos idosos para fazer a avaliação, mas com a colaboração dos ACS, da equipe e da própria população, conseguimos orientá-los sobre a importância do teste e os números melhoraram.

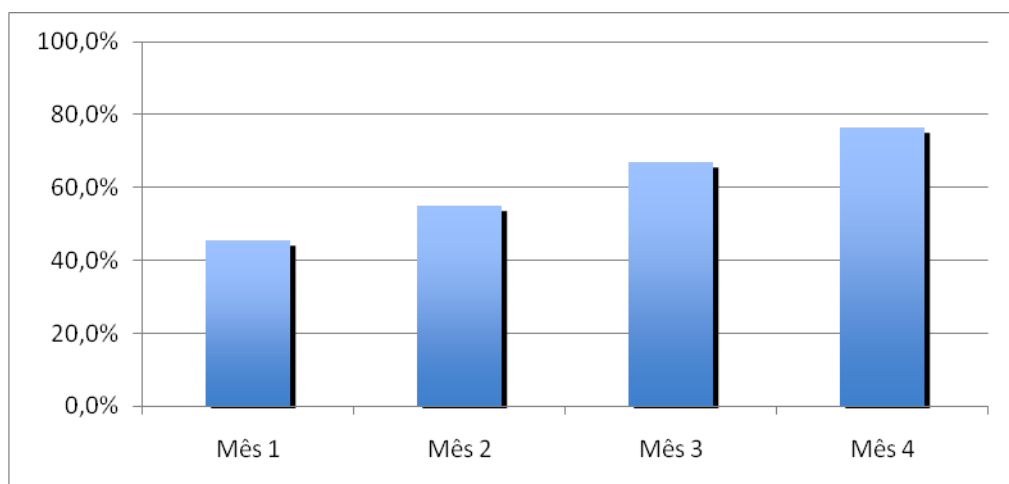


Figura 14: Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia na Unidade de Saúde da Família Perequê (USAFA). Guarujá, SP. 2014.

Estabelecemos também como meta, realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas nos idosos, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada três meses para portadores de diabetes. Iniciamos a intervenção com 39 exames realizados em 55 idosos cadastrados no programa (70,9%) e no final dos quatro meses, foram 128 idosos com o exame em dia em um total de 149 idosos (85,9%). Descuidos com o registro adequado das informações no prontuário e nas fichas espelho e falta de atenção dos médicos foram fatores que contribuíram para que a meta de 100% não fosse alcançada.

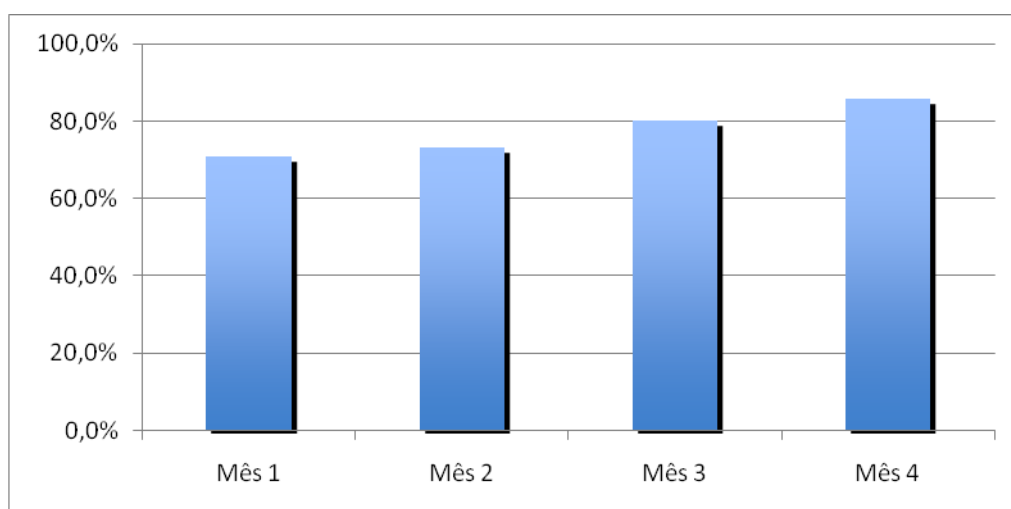


Figura 15: Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia na Unidade de Saúde da Família Perequê (USAFA). Guarujá, SP. 2014.

Também propomos realizar durante a intervenção a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos. Iniciamos a intervenção com a solicitação de exames para 35 idosos hipertensos e/ou diabéticos (79,5%) e ao final dos quatro meses foi solicitado exames complementares periódicos para 97 idosos hipertensos e/ou diabéticos (88,2%). Os grupos de Hipertensão e de Idosos foram fundamentais durante a intervenção, pois os idosos são a grande maioria nesses encontros, principalmente nos dias em que realizamos na igreja, e aproveitamos para fazer pedidos dos exames periódicos atrasados.

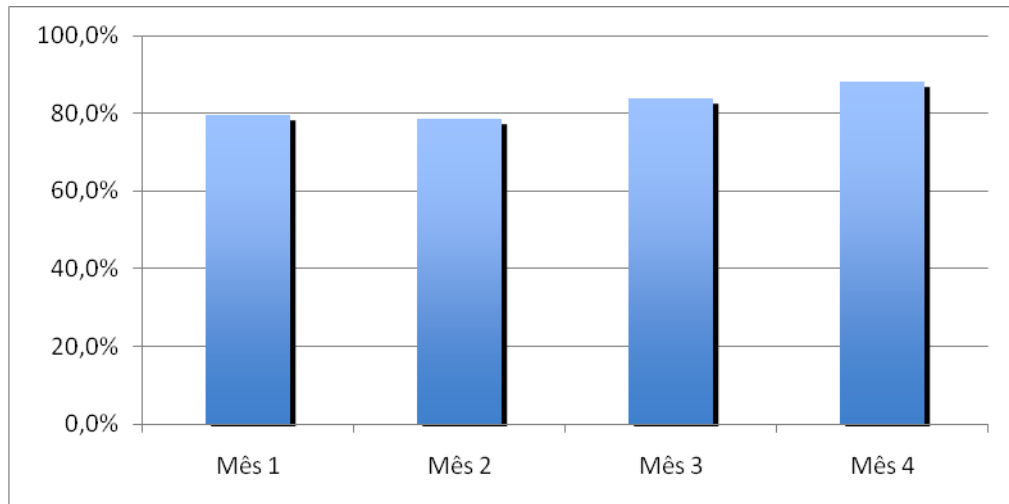


Figura 16: Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia na Unidade de Saúde da Família Perequê (USAFA). Guarujá, SP. 2014.

Para melhorar a Atenção à Saúde do Idoso, foi avaliado o acesso aos medicamentos prescritos em 100% dos idosos. Durante os quatro meses de intervenção, foram acompanhados 149 idosos na minha área de abrangência e destes, todos tiveram acesso aos medicamentos prescritos (100%), atingindo a meta estipulada pelo projeto. Muitos municípios sofrem com a falta de medicação, e a cidade do Guarujá não é diferente, mas nos meses em que aconteceu a intervenção, isso não ocorreu.

Concluir o tratamento odontológico em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática foi outra meta estipulada no projeto de intervenção. Durante a intervenção, 65 idosos da minha área de abrangência tiveram primeira consulta odontológica programática e destes, 37 concluíram o tratamento nos quatro meses de intervenção (56,9%). Tiveram o tratamento concluído 15 idosos no primeiro mês, 21 no segundo, 26 no terceiro e 37 até o último mês da intervenção. Porém, cabe ressaltar que em virtude de más condições dos equipamentos (quebrados), grande demanda de usuários de toda a UBS para atendimento e falta dos idosos às consultas contribuíram para não atingirmos a meta, além das férias da dentista durante o segundo mês da intervenção. Porém, como a intervenção continua muitos idosos já terminaram o tratamento.

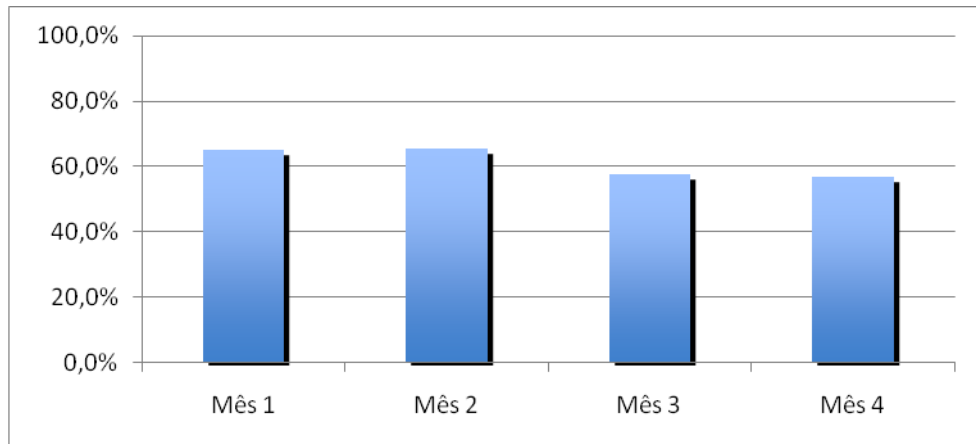


Figura 17: Proporção de idosos com tratamento odontológico concluído na Unidade de Saúde da Família Perequê (USAFA). Guarujá, SP. 2014.

Durante a intervenção também propomos avaliar alterações de mucosa bucal em 100% dos idosos cadastrados. No primeiro mês da intervenção foi realizada avaliação de alteração de mucosa bucal em 23 idosos (41,8%), no segundo mês em 32 idosos (41%), no terceiro em 45 (42,5%), totalizaram no final da intervenção 65 idosos (43,6%) com avaliação. Isso porque, somente os idosos com primeira consulta odontológica programática tiveram avaliadas possíveis alterações de mucosa bucal, devido à resistência dessa faixa da população em aceitar a avaliação odontológica por serem portadores de próteses totais e acreditarem que não necessitam de atendimento.

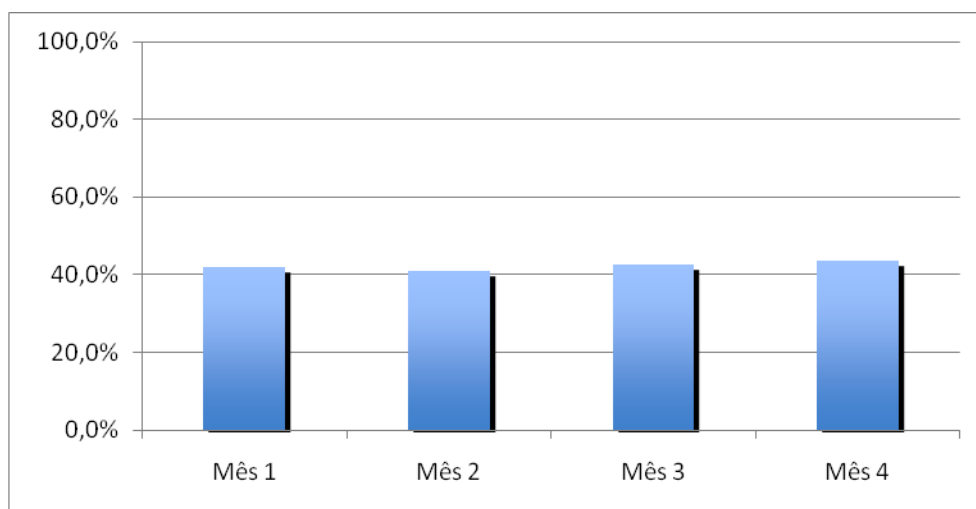


Figura 18: Proporção de idosos com avaliação de alterações de mucosa bucal em dia na Unidade de Saúde da Família Perequê (USAFA). Guarujá, SP. 2014.

A necessidade de prótese também foi avaliada e estipulamos como meta avaliar essa necessidade em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica.

Ao fazer a primeira consulta odontológica programática no idoso, já é feita, automaticamente, uma avaliação sobre a necessidade de prótese dentária e se necessário, o idoso é encaminhado para o CEO. Sendo assim, ao final dos 4 meses, 65 idosos com a primeira consulta odontológica programática tiveram avaliação da necessidade de prótese dentária (100%).

Outro objetivo proposto na intervenção foi melhorar os registros das informações, para isso estipulamos como meta, manter o registro específico de 100% das pessoas idosas. Porém, conseguimos registrar na ficha espelho apenas 126 idosos dos 149 cadastrados no programa, totalizando 84,6%. Foram registrados 38 idosos no mês um, 55 no segundo mês, 83 idosos no terceiro mês, finalizando o quarto mês da intervenção com 126 idosos registrados. Foi difícil para os profissionais se acostumarem com a nova maneira de registro em fichas espelho. Antes da intervenção, as anotações eram feitas somente no prontuário dos usuários, o que dificultava bastante o controle. E por isso, muitos usuários passavam em consultas e os profissionais se “esqueciam” de passar as informações para as fichas espelho.

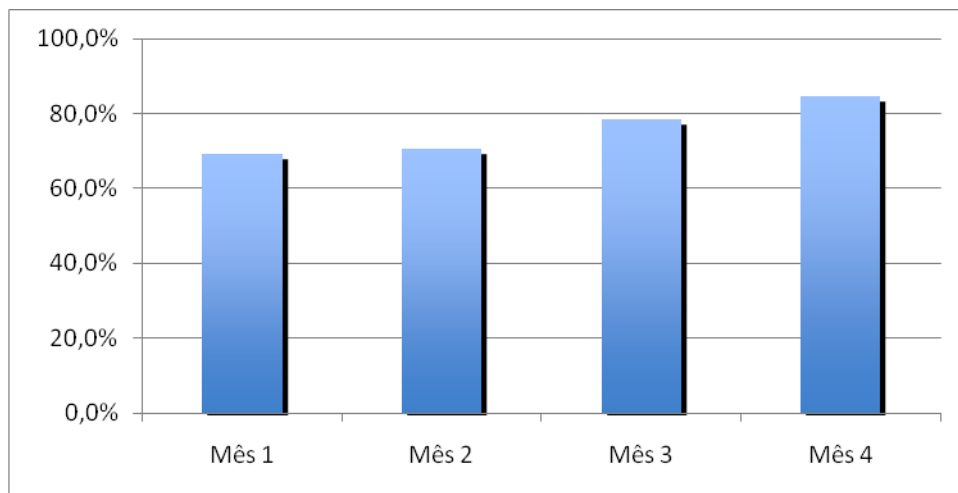


Figura 19: Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia na Unidade de Saúde da Família Perequê (USAFA). Guarujá, SP. 2014.

Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa para 100% dos idosos cadastrados foi outra meta a ser atingida durante a intervenção. No entanto, foram entregues 24 cadernetas (43,6%) no primeiro mês de intervenção, no segundo mês 42 (53,8%), no terceiro mês 70 (66%), totalizando até o quarto mês 113 idosos (75,8%) que receberam a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. As Cadernetas

foram distribuídas durante as consultas, nos grupos de Hipertensão e dos Idosos e através dos agentes comunitários de saúde durante as visitas domiciliares, porém em alguns momentos os profissionais esqueceram de entregar e isso fez com que a meta não fosse atingida, embora verificamos que no decorrer dos quatro meses foi ocorrendo um aumento na entrega das cadernetas.

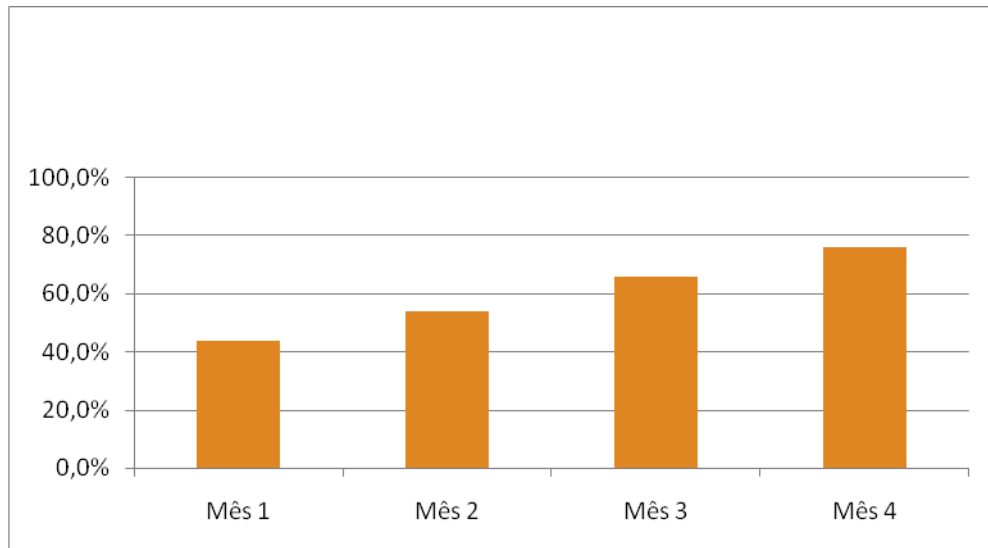


Figura 20: Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa na Unidade de Saúde da Família Perequê (USAFA). Guarujá, SP. 2014.

Tínhamos também como objetivo da intervenção mapear os idosos de risco da área de abrangência e estipulamos como uma das metas rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade. Foram cadastrados durante os quatro meses de intervenção 149 idosos e os agentes comunitários, em conjunto com o médico e o enfermeiro, avaliaram 124 idosos para risco de morbimortalidade, totalizando 83,2%. Porém, dois ACS não colaboraram muito com o projeto, o que foi relevante para que a meta não fosse alcançada. Com a continuação da intervenção, esperamos atingir 100% dos idosos cadastrados.

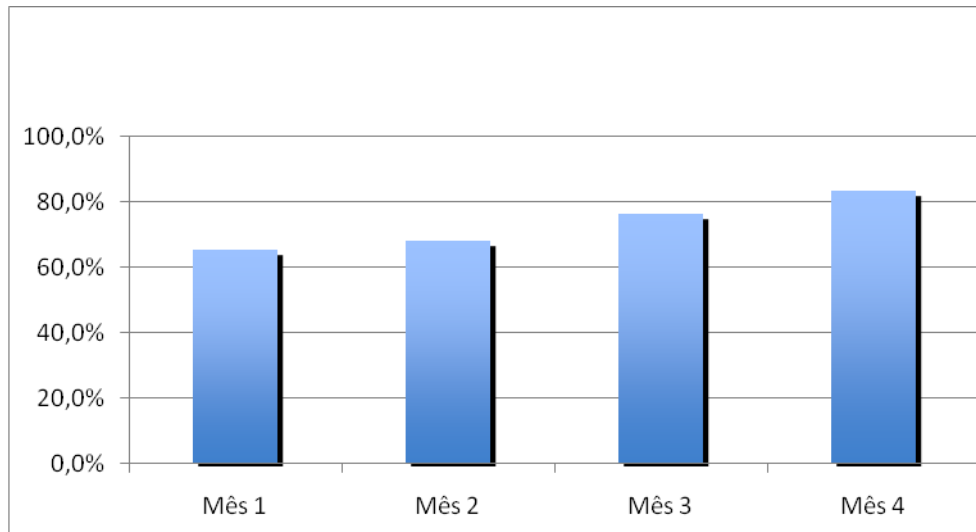


Figura 21: Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia na Unidade de Saúde da Família Perequê (USAFA). Guarujá, SP. 2014.

Outra meta proposta foi investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas. No primeiro mês de intervenção com a colaboração dos agentes comunitários de saúde, foram avaliados para risco de fragilização na velhice, 36 idosos (65,5%) e ao final da intervenção, dos 149 idosos cadastrados no programa, 125 foram avaliados (83,9%). Tivemos problemas com dois ACS com faltas e pouco comprometimento com o projeto e com isso, a meta proposta não foi atingida, porém, a intenção é alcançar 100% até o final do ano.

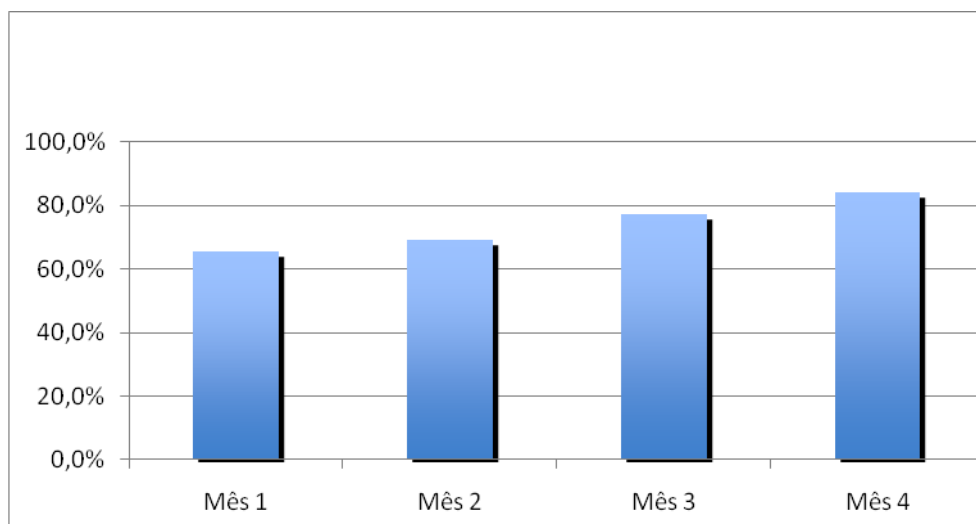


Figura 22: Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia na Unidade de Saúde da Família Perequê (USAFA). Guarujá, SP. 2014.

Avaliamos também, a rede social dos idosos e nossa meta era atingir 100% dos idosos. Assim como nos riscos de fragilização na velhice e de morbimortalidade,

a avaliação da rede social do idoso é de responsabilidade do agente comunitário e alcançamos um total de 83,9% dos idosos cadastrados no programa com a avaliação da rede social em dia. Foram avaliados 36 idosos no primeiro mês da intervenção, 54 idosos no final do segundo mês, 82 no terceiro mês, finalizando o quarto mês da intervenção com 125 idosos avaliados.

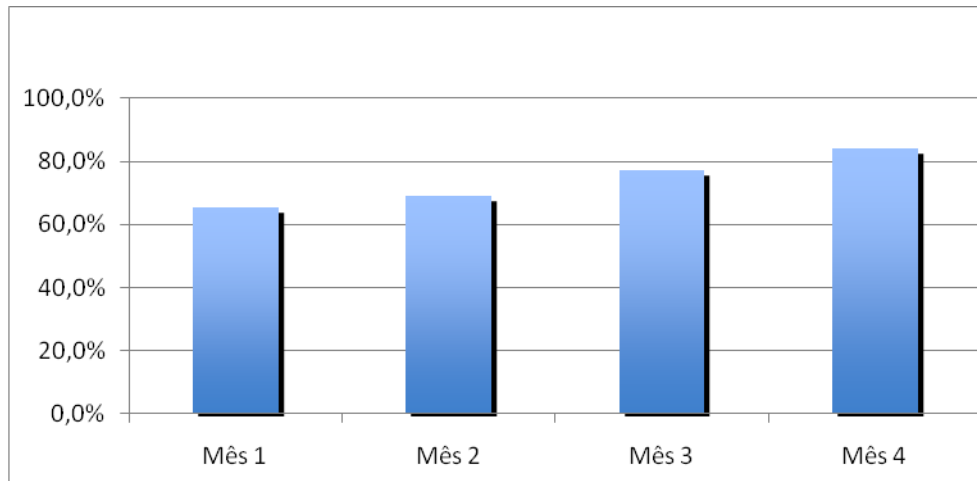


Figura 23: Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia na Unidade de Saúde da Família Perequê (USAFA). Guarujá, SP. 2014.

Outra meta estabelecida foi de avaliar o risco em saúde bucal em 100% dos idosos. Graças ao empenho da equipe de saúde bucal ao tornar prioritário o atendimento ao idoso, atingimos 100% desses idosos.

Com o objetivo de promover a saúde do idoso, propomos garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas e garantir orientação para a prática de atividade física regular a 100% dos idosos. Orientamos 50 idosos no primeiro mês, 71 no final do segundo mês, 99 no terceiro mês, totalizando no quarto mês da intervenção 142 idosos (95,3%). Nos meses em que ocorreu a intervenção, essas informações eram passadas (e ainda são) durante as consultas clínicas, palestras educativas durante os grupos e através dos agentes comunitários. Atingimos 95,3% dos idosos cadastrados no programa em ambas as metas, assim, receberam orientação sobre hábitos alimentares saudáveis e práticas de atividades física regular, 142 idosos.

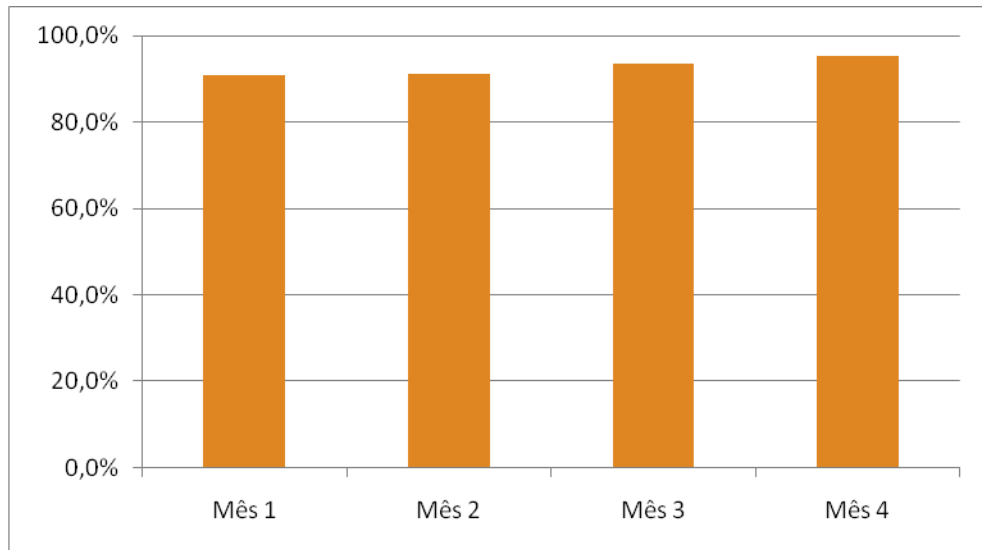


Figura 24: Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis na Unidade de Saúde da Família Perequê (USAFA). Guarujá, SP. 2014.

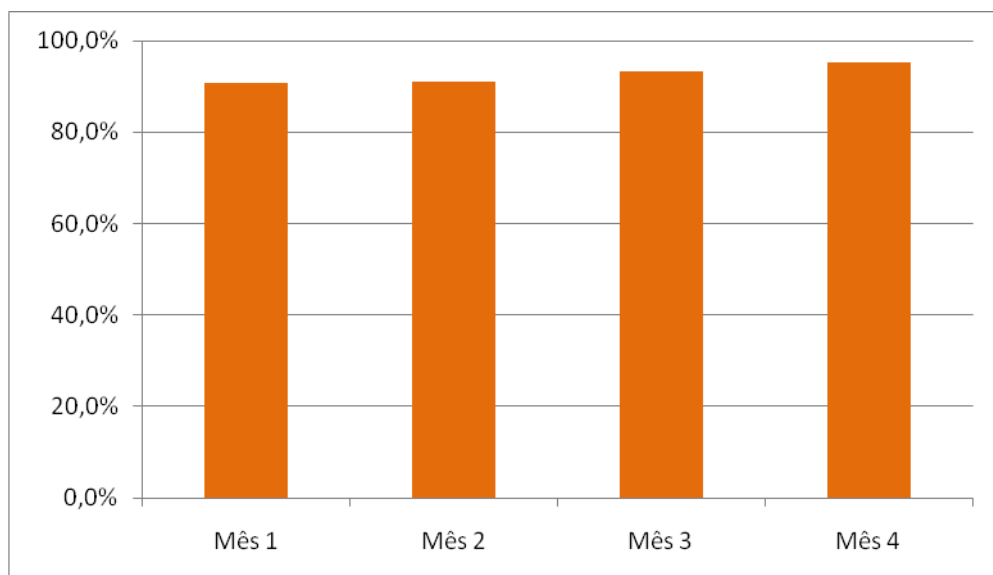


Figura 25: Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular na Unidade de Saúde da Família Perequê (USAFA). Guarujá, SP. 2014.

Outra meta estabelecida pelo projeto de intervenção foi garantir orientações individuais sobre higiene bucal (incluindo higiene em próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados com primeira consulta odontológica programática. Ao realizar a primeira consulta odontológica programática a orientação sobre higiene é dada a todos os usuários, assim, no fim dos quatro meses, 65 usuários idosos receberam esse tipo de orientação e com isso, alcançamos 100% dos idosos cadastrados no programa com a primeira consulta odontológica programática.

A última meta estipulada foi garantir ações coletivas de educação em saúde bucal para 100% dos idosos cadastrados. No primeiro mês da intervenção, somente 17 idosos (30,9%) participaram de ações coletivas de educação em saúde bucal, houve um pequeno aumento no segundo mês com 26 idosos (33,3%), no terceiro mês 34 idosos (32,1%), porém, esse número não aumentou, assim tivemos no final do quarto mês a participação de apenas 42 idosos (28,2%). O motivo pelo qual a meta não foi atingida deve-se ao fato dos idosos não aderirem muito aos grupos pela distância da USAFA de suas residências. Notamos que sempre que realizamos os grupos na igreja, a adesão aumenta e por isso estamos focando em fazer a maioria das atividades para essa faixa etária neste local, pois esperamos com isso aumentar essa proporção de idosos com participação em ações coletivas de educação em saúde bucal.

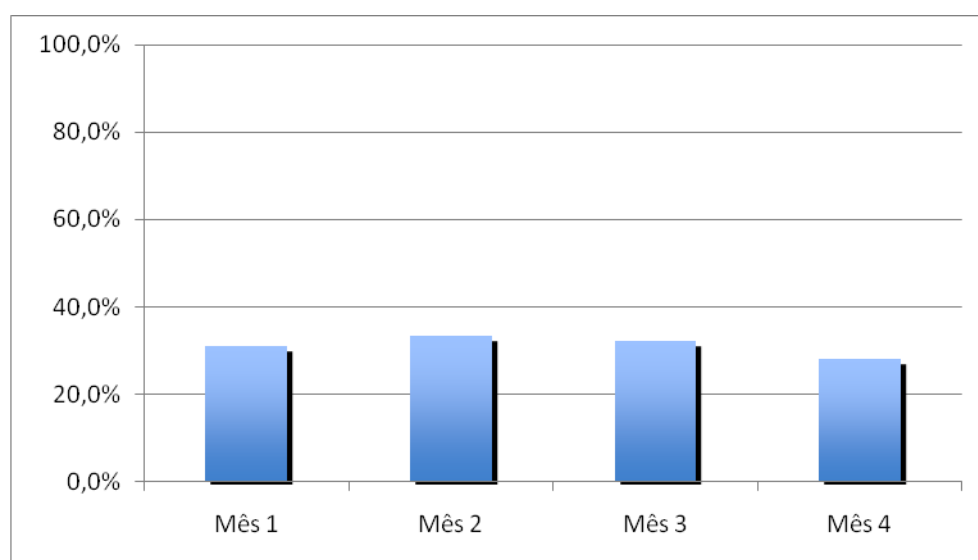


Figura 26: Proporção de idosos com participação em ações coletivas de educação em saúde bucal na Unidade de Saúde da Família Perequê (USAFA). Guarujá, SP. 2014.

4.2 Discussão

A intervenção realizada na USAFA Perequê propiciou uma grande melhoria na atenção à saúde do Idoso. Assim, com a capacitação dos profissionais, atualização do cadastro dos idosos, implantação de registros específicos, atendimento clínico qualificado, realização de atividades educativas e visitas domiciliares conseguimos ampliar a cobertura e aumentar a adesão dos idosos ao Programa de Atenção à Saúde do Idoso.

Para a equipe em geral, no início, a intervenção significou um “aumento” de trabalho e com isso tivemos alguns problemas, como a falta de comprometimento, que logo foi superado. Os profissionais da equipe foram capacitados sobre como seria o trabalho a ser realizado durante a intervenção seguindo as orientações do Caderno de Atenção Básica - Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde, 2006. Apresentei a ideia do projeto ao enfermeiro e juntos passamos para o resto da equipe.

A maioria dos profissionais da minha equipe sempre foram muito participativos em todas as ações que propomos fazer e isso ajudou muito quando decidimos dar início ao projeto. Porém, os profissionais que nunca se preocuparam em ajudar na intervenção também não mudaram de ideia e continuamos não contando com a ajuda deles.

Para realizar a intervenção no programa da Saúde do Idoso, como já havia mencionado, adotamos o Caderno de Atenção Básica Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde, 2006 e logo percebemos que a falta de um registro específico era a principal “falha” da unidade para conseguir fazer o acompanhamento adequado dos idosos. Os ACS fizeram o cadastramento e apresentaram à equipe, para conhecermos o nosso público alvo e planejar as ações, além de serem os responsáveis pelas buscas ativa e verificar necessidade de visitas domiciliares. Médico e enfermeiro ficaram responsáveis pelos atendimentos clínicos, assim como a dentista, pelo acompanhamento odontológico. Os grupos de idosos contavam sempre com a presença de toda a equipe.

Antes da intervenção, a saúde do idoso se resumia em consultas clínicas e grupos de Hipertensão, os idosos não eram avaliados isoladamente e com um cuidado voltado para as suas necessidades, pois o tratamento e prevenção eram generalizados. Com o desenvolvimento da intervenção melhorou a qualidade do registro das informações através da implantação da ficha-espelho e viabilizou a realização de ações voltadas às necessidades da terceira idade como palestras com temas específicos escolhidos por eles e tratamento odontológico, promovendo saúde e tratamento adequado às suas queixas.

A princípio, houve certa resistência por parte da população, que estava acostumada com as consultas convencionais. Mas logo, a intervenção foi aceita e comemorada tanto pelos idosos, quanto por seus cuidadores e familiares. O “sentir-se especial” era a frase mais usada durante as consultas e grupos. Pudemos

perceber a gratidão da população pelo simples fato de estarmos fazendo a nossa obrigação, mas com olhos voltados especialmente para eles. As visitas domiciliares eram um aprendizado, onde eram realizadas consultas, mas também tinham muitas histórias de vida e algumas risadas.

Não mudaria nada no projeto. Com as orientações dadas pelo curso e um bom preparo da equipe, achei simples de implantar e colher os resultados. As maiores dificuldades que tive, foram com o material humano e isso, não conseguiria mudar. Na minha unidade, todos os profissionais são terceirizados com exceção dos ACS, que são da prefeitura. Isso não nos traz grandes problemas como em outras unidades, onde há um verdadeiro “racha” entre os profissionais. No Perequê, o trabalho flui em harmonia e cooperação mútua, embora dois ou três se destoem do grupo e não cumprem regularmente as suas funções.

A intervenção já está incorporada à rotina da unidade, porém os problemas com a falta de engajamento de alguns membros da equipe citado acima ainda continuam. A coordenação pretende implantar a intervenção em todas as equipes, pois percebeu a satisfação da população com o projeto, a organização e os resultados obtidos. Bons exemplos podem e devem ser copiados. Com isso, a cobrança será maior por parte da população, o que irá melhorar a qualidade do serviço.

Tomando esse projeto como exemplo e observando a melhoria na qualidade da Atenção ao Idoso, minha equipe irá implantar outros programas ainda esse ano, como o Pré- Natal e Saúde da Criança que já existem, mas precisam ser melhorados.

4.3 Relatório da Intervenção para Gestores

Prezado Secretário Municipal de Saúde,

Visando melhorar a qualidade de vida e a atenção dada aos idosos, a equipe da área rosa da USAFA do bairro do Perequê realizou o Projeto de Intervenção direcionado a Atenção à Saúde do Idoso, no período de 16 semanas, de 02 de dezembro de 2013 a 23 de março de 2014.

Escolhemos realizar a intervenção voltada para a saúde do idoso, pois na USAFA ainda não havia nenhuma ação específica para essa faixa etária e o primeiro passo a ser dado era “conhecer” quem eram os nossos idosos e quais eram suas

reais necessidades e com isso realizar ações específicas voltadas para esse público, melhorando sua qualidade de vida e promovendo saúde.

A princípio, a intervenção focou apenas os idosos da área de abrangência da minha equipe (área rosa), que possui um total de 197 idosos cadastrados e com o sucesso obtido durante os quatro meses de intervenção, a ideia é expandir as ações programáticas realizadas no projeto para as demais áreas.

O projeto teve a participação de toda a equipe, que conta com um médico, um enfermeiro, um dentista, um ASB, dois técnicos de enfermagem e seis ACS e o comprometimento de cada um deles foram fundamentais para o sucesso da intervenção. Durante as reuniões de equipe, ideias eram trazidas e depois de aprovadas por todos, colocadas em prática para melhorar a intervenção. O que antes era um projeto proposto “apenas” pela dentista, logo foi aderido por toda a equipe, tornando o trabalho em equipe mais prazeroso.

Foram desenvolvidas ações que contemplaram os quatro eixos temáticos: Monitoramento e Avaliação, Organização e Gestão do Serviço, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica. Antes de iniciar a intervenção foi realizada uma reunião com os profissionais da equipe para apresentar o projeto de intervenção. Os profissionais de saúde da USAFA foram capacitados sobre o protocolo de Saúde do Idoso e foi estabelecido o papel de cada profissional na ação programática. Os ACS também foram capacitados para a realização de busca ativa para os idosos faltosos.

Organizamos um instrumento de registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos (planilhas e fichas espelho), para então fazer o cadastramento de todos os idosos da área adstrita no programa e assim dar início à intervenção.

Foi feito contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática de melhorar a atenção aos idosos e para as demais estratégias que seriam implantadas e a criação do Grupo de Idosos, que acontece mensalmente.

O atendimento clínico aos idosos, incluindo saúde bucal e a busca ativa dos idosos faltosos às consultas aconteceram durante toda a intervenção, assim como o seu monitoramento.

Ao longo do projeto, tivemos algumas dificuldades, principalmente no que diz respeito à falta de comprometimento de alguns profissionais da equipe (ACS), que não cumprem seus horários, não fazem visitas e nem busca ativa em geral, não

somente para a intervenção, e integrar a intervenção à rotina da unidade, mas no final das 16 semanas pudemos observar que o balanço foi positivo, cerca de 60% das metas estipuladas foram alcançadas em quatro meses.

Com o desenvolvimento do projeto foram cadastrados 149 idosos, ampliando a cobertura de idosos cadastrados no programa para 75,6% em apenas quatro meses. Receberam visita domiciliar 14 (100%) idosos acamados ou com dificuldade de locomoção. Dos 149 idosos cadastrados no programa, 65 (43,6%) tiveram a primeira consulta odontológica programática e destes, 37 (56,9%) com tratamento concluído, dentre outros indicadores.

O empenho da equipe, o apoio dos gestores e das lideranças comunitárias e principalmente da população, foram fundamentais para o sucesso da intervenção. Como os profissionais da equipe (USAFA) pertencem a uma OS (Instituto Corpore) estamos tentando fazer parcerias com profissionais da própria prefeitura para agregar ainda mais valor ao projeto, como fisioterapeutas, nutricionistas e psicólogos.

A implantação do projeto melhorou a qualidade dos registros e viabilizou a realização de ações voltadas às necessidades da terceira idade, promovendo saúde e tratamento adequado às suas queixas.

A resposta da população também foi gratificante. Idosos e seus familiares e cuidadores aprovaram, em sua maioria, o projeto e por isso o exemplo será seguido pelas demais equipes.

4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade

Com a finalidade de melhorar a atenção à saúde do idoso no serviço de saúde, a equipe da área rosa da Unidade de Saúde da Família (USAFA) do bairro do Perequê, desenvolveu um projeto de intervenção durante 16 semanas, no período de 02 de dezembro de 2013 a 23 de março de 2014. E contou com a participação e apoio de toda a equipe de saúde da área rosa como, o médico, enfermeiro, dentista, ASB, técnicos de enfermagem e dos ACS.

O desenvolvimento de ações direcionadas a saúde do idoso na USAFA também tinha por objetivo ampliar a cobertura de acompanhamento dos idosos, melhorar a adesão e a qualidade da atenção aos idosos na unidade de saúde, melhorar os registros das informações, mapear os idosos de risco da área de

abrangência e promover a saúde dos idosos através da orientação e do desenvolvimento de atividades educativas.

Diante disso, durante os quatro meses de intervenção foram realizadas algumas ações com o intuito de qualificar o atendimento prestado a esse grupo populacional como, capacitação dos profissionais de saúde e estabelecimento do papel de cada um na ação programática, cadastramento dos idosos na USAFA, atendimento clínico, atendimento odontológico, busca ativa dos idosos faltosos às consultas, visitas domiciliares e grupo de idosos.

Além disso, cabe ressaltar que durante a intervenção implantamos no serviço de saúde a ficha-espelho do idoso, que refere-se a uma forma de registro que facilita o monitoramento e acompanhamento de cada um dos idosos, em relação ao controle das consultas, busca dos faltosos, medicações prescritas e exames solicitados.

Outra ação desenvolvida durante a intervenção que anteriormente não desenvolvíamos na USAFA foi o Grupo de Idosos. Esse grupo está sendo realizado mensalmente com a finalidade de orientar os idosos, cuidadores, familiares e comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis, realização de atividade física regular, importância da higiene bucal e de próteses dentárias, dentre outros. Temos dado preferência dos próprios idosos escolherem os temas para serem abordados nos próximos encontros, a fim de conhecer os assuntos de interesse dos mesmos. Nos encontros também verificamos a pressão arterial dos idosos e realizamos o teste glicêmico para os idosos diabéticos e em caso de necessidade solicitamos exames. Para finalizarmos o encontro sempre confraternizamos com um lanche saudável preparado pela equipe e com muito bate papo.

Ressaltamos que a implantação do projeto de intervenção trouxe vários benefícios para os idosos acompanhados na USAFA, pois conseguimos melhorar a qualidade dos registros, viabilizar o desenvolvimento de ações voltadas às necessidades da terceira idade, promovendo saúde e uma assistência mais qualificada. Tendo em vista os resultados positivos, a equipe de saúde pretende dar continuidade ao programa, implementando a rotina do serviço de saúde as ações desenvolvidas durante a intervenção. Além disso, a equipe de saúde pretende-se ampliar o projeto para outras áreas como, saúde da criança, pré-natal e puerpério e hipertensão e diabetes.

5 Reflexão crítica sobre o processo de pessoal de aprendizado

Iniciei o projeto de intervenção com muitas ideias na cabeça para colocar em prática e muita vontade de fazer o trabalho dar certo. Era algo novo e desafiador, pois trabalhava há pouco tempo na unidade e não tinha experiência alguma em organização de ações programáticas.

Acreditei no projeto, e ainda acredito, mas percebi que para se obter sucesso é fundamental o engajamento dos profissionais envolvidos. Houveram alguns contratempos, mas o resultado final foi uma boa aprovação tanto por parte da comunidade, quanto por parte da chefia, que irá expandir para as demais áreas da USAFA.

O curso de Especialização em Saúde da Família me proporcionou uma visão mais ampla da ação escolhida (Saúde do Idoso) e serviu de base para direcionar as ações a serem desenvolvidas e a prática das atividades diárias propostas. Foi através do curso que conheci mais a fundo o Programa de Saúde da Família, possibilitando meu crescimento profissional e fazendo com que me tornasse uma profissional mais atuante na área.

As informações passadas aos alunos, seja através de fóruns, onde há uma troca constante de experiências das mais diversas realidades, seja através dos casos interativos, onde casos clínicos comuns em PSF são encontrados, ou até mesmo através dos Testes de Qualificação Cognitiva (TQC) e os estudos da prática clínica, aprofundando nosso conhecimento em áreas de maior dificuldade, foram relevantes para a minha vida profissional diária. Barreiras foram rompidas, questionamentos foram feitos e o resultado foi positivo.

Conhecer o Programa de Saúde da Família além da área da odontologia e me aprofundar em questões antes desconhecidas, fez com que me integrasse mais

à equipe e participasse mais ativamente das ações, além é claro, de me apaixonar cada dia mais pelo meu trabalho.

6 Bibliografia

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, 2006. 192 p. Cadernos de Atenção Básica, n. 19.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde do Idoso. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Portaria nº 2.528/GM de 19 de outubro de 2006. Diário Oficial da União, 2006.

SOUZA, J. A. G.; IGLESIAS, A. C. R. G. Trauma no idoso. **Rev. Assoc. Med. Bras.** v.48, n.1, p. 79-86, 2002.

ANEXOS

Medicações de uso contínuo													
Data	Apresentação												
	Hidroclorotiazida												
	Captopril												
	Propranolol												
	Enalapril												
	Zincelol												
	Mefenina												
	Glibenclamida												
	Insulina NPH												

FLUXOGRAMA DOS EXAMES LABORATORIAIS													
Data													
	Glicemia de Jejum												
	HGT												
	Hemoglobina glicada												
	Calcotrol total												
	HDL												
	LDL												
	Triglicérides												
	Creatinina Sérica												
	Potássio sérico												
	Triglicérides												
	EQU												
	Infecção urinária												
	Proteinúria												
	Corpos cetônicos												
	Sedimento												
	Microalbuminúria												
	Proteção de 24h												
	TSH												
	ECG												
	Hematócrito												
	Hemoglobina												
	VCM												
	CHCM												
	Plaquetas												

Anexo B - Planilha de Coleta de Dados

Anexo C - Caderneta do Idoso



Anexo D – 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.

Patrícia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

