

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 8**



Trabalho de Conclusão de Curso

Melhoria da atenção à saúde do idoso na USF São Bento, Lajeado/ RS

Reynaldo Bauta Nunez

Pelotas, 2015

Reynaldo Bauta Nunez

Melhoria da atenção à saúde do idoso na USF São Bento, Lajeado/ RS

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

Orientador: Daniela Seady

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

N972m Nunez, Reynaldo Bauta

Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na ESF São Bento,
Lajeado/RS. / Reynaldo Bauta Nunez; Daniela Seady, orientador(a). -
Pelotas: UFPel, 2015.

66 f. : il.

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

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

CDD : 362.14

A minha mãe e meu pai que sempre estão presentes
em memória.

Agradecimentos

A minha filha, esposa e minha família.

A minha orientadora, Daniela, sem ela não poderia finalizar este trabalho.

Aos colegas médicos.

A ESF São Bento pelo apoio.

A Comunidade por sua aceitação.

Ao Programa Mais Médico para o Brasil.

Resumo

NUNES, Reynaldo Bauta. **Melhoria da atenção à saúde do idoso na USF São Bento, Lajeado/RS**. 2015. 65f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

Na atenção primária à saúde a ação programática com foco no idoso é muito importante, e deve envolver toda a sociedade: Família, comunidade, estado e profissional da saúde. É importante em qualquer contexto da atenção primária à saúde. O maior desafio na atenção à saúde da pessoa idosa é que ela possa redescobrir possibilidades de viver com qualidade apesar das progressivas limitações que naturalmente ocorrem. Na Estratégia de Saúde da Família São Bento foi realizada uma intervenção com objetivo de melhorar a atenção à saúde do idoso. Por meio de ações de promoção e prevenção da saúde, buscou-se melhorar a qualidade de vida do idoso. O projeto foi estruturado em quatro eixos (Monitoramento e avaliação, Organização do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica) para ser desenvolvido no período de 03 Meses na área da equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF) São Bento/RS. Participaram da intervenção todos idosos, ou seja, 289, que engloba as pessoas acima dos 60 anos da área da Unidade de Saúde da Família. As ações realizadas na intervenção foram baseadas no Caderno de Atenção Básica nº 28 – Saúde do Idoso (Brasil, 2011). Os resultados foram relevantes para a melhoria da saúde da comunidade, aumentou os conhecimentos da equipe e proporcionou um melhor serviço na área de adscrição. Foram elaborados diários a cada semana da intervenção, além disso, os dados foram registrados na planilha de coleta de dados do curso, incorporando-se na rotina do serviço. O resultado da cobertura em nossa intervenção foi satisfatório, pois em três meses aumentou a qualidade da atenção do idoso de forma integral, por meio da atenção oferecida pela equipe de forma humanizada e justa.

Palavras-chave: Saúde da família; Atenção Primária à Saúde; Saúde do Idoso, Assistência domiciliar; Saúde bucal.

Lista de Figuras

Figura 1	Distribuição populacional por idade, na USF São Bento, Lajeado/RS. Fonte Cadastro feito por SIAB e ACS.	13
Figura 2	Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde São Bento/Lajeado, RS, 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPEL, 2015.	45
Figura 3	Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada na unidade de saúde São Bento/RS, 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPEL, 2015	46
Figura 4	Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes na unidade de saúde São Bento/RS, 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPEL, 2015.	47
Figura 5	Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na unidade de saúde São Bento/RS, 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPEL, 2015.	48
Figura 6	Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática na unidade de saúde São Bento/RS, 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPEL, 2015.	48
Figura 7	Proporção de idosos com registro na ficha espelha em dia na unidade de saúde São Bento/RS, 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPEL, 2015.	49
Figura 8	Proporção de idosos com avaliação da rede social em dia na unidade de saúde São Bento/RS, 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPEL, 2015.	50

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
ESF	Estratégia da Saúde da Família
RS	Rio Grande Do Sul
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

Sumário

Apresentação	Erro! Indicador não definido.
1 Análise Situacional	Erro! Indicador não definido.
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS.....	Erro! Indicador não definido.
1.2 Relatório da Análise Situacional	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	17
2 Análise Estratégica	19
2.1 Justificativa	19
2.2 Objetivos e metas	20
2.2.1 Objetivo geral	20
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	20
2.3 Metodologia.....	22
2.3.1 Detalhamento das ações	22
2.3.2 Indicadores	29
2.3.3 Logística	34
2.3.4 Cronograma	37
3 Relatório da Intervenção.....	39
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	39
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	42
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	42
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	43
4 Avaliação da intervenção.....	44
4.1 Resultados.....	44
4.2 Discussão	51
5 Relatório da intervenção para gestores	54
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	55
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	57
Referências	58
Anexos.	59

Apresentação

O presente volume apresenta o Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade Ensina a Distância, promovido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL). Foi realizada uma intervenção de 3 meses, de Março a Julho de 2015 na Unidade de Saúde da Família (USF) São Bento, Lajeado/RS com o objetivo de melhorar a atenção à saúde do idoso. O trabalho está dividido em cinco capítulos, complementares entre si na seguinte ordem:

Capítulo 1 – Análise Situacional – Apresenta a avaliação da USF/ESF, e ações programáticas desenvolvidas;

Capítulo 2 – Análise estratégica – Apresenta o projeto de intervenção: objetivos, metas, metodologia, as ações propostas para a intervenção, detalha os indicadores, logística e cronograma.

Capítulo 3 – Relatório de intervenção – Apresenta o relatório de intervenção, as ações desenvolvidas, as dificuldades na coleta e sistematização de dados, bem como, uma análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina dos serviços.

Capítulo 4 – Avaliação da intervenção – Apresenta a discussão dos resultados.

Capítulos 5 e 6 – Relatório para os gestores e comunidade.

Capítulo 7 – Reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem – descreve a visão pessoal do especializando sobre o processo de aprendizado.

E por fim as referências e anexos culminando com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado.

1 Análise Situacional.

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Estou inserido em uma Estratégia Saúde da Família (ESF) que tem a seguinte estrutura: Consultório de enfermagem, consultório médico, consultório odontológico, cozinha, farmácia, recepção, sala de espera (onde se realizam atividades de educação em saúde a grupo de tabagistas, hipertensos, diabéticos), sala de esterilização e sala de vacina. Dois banheiros (um para os usuários e outro para os profissionais). A rotina diária se inicia com a abertura da Unidade às 7 horas e 30 minutos, e inicia-se o acolhimento e o agendamento. Priorizam-se os casos de urgência e assim, o usuário neste caso tem atendimento imediato. Idosos também tem preferência no atendimento. As atividades da tarde se iniciam às 13 horas e 30 minutos. Nas segundas-feiras são realizadas as visitas domiciliares; terças-feiras têm duas horas de reunião de equipe e consulta de pediatra. Nas quartas e quintas-feiras são realizadas consulta na Unidade e sexta-feira é meu dia de estudo. As redes de apoio são: Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), Hospitais e Farmácia Escola.

Os integrantes da ESF São Bento são: 01 médico (Reynaldo Bauta Nunez), 01 Pediatra, 02 técnicas de enfermagem, 01 odontólogo, 01 farmacêutico, 01 Enfermeira, 01 auxiliar de limpeza e 05 agentes de saúde. Nossa ESF se encontra localizada no Bairro de São Bento que se situa na zona rural do município de Lajeado a uma distância de uns 7 km do centro. O território de abrangência da Unidade possui uma extensão territorial de 12 km, caracteriza-se, fundamentalmente, por ser uma zona de muito frio quando é inverno e muito quente quando é verão por isto que as enfermidades respiratórias são muito frequentes nesta comunidade. Quanto à economia, prevalece o setor agrícola, ainda. Atendemos a uma população de 3.700 habitantes, mais outra população que ainda não está contabilizada porque pertencia a outra Unidade de saúde. A população é composta por alemães, italianos e seus descendentes, com imigração de pessoas de outras partes do país. É uma mistura complexa, mas a comunicação está sendo realizada com o esforço da equipe e da família de cada usuário, nas palestras diárias, acolhimento, triagem, consultas médicas, visitas domiciliares, em mercados, na rua, ou seja, em todos os locais possíveis.

Existem vários centros de trabalho, mercados, carpinteiras, centros de criação de aves e gado. Na comunidade há também uma escola e uma creche perto da Unidade de saúde, o que nos permite uma atenção mais adequada, tanto dos estudantes como dos trabalhadores. O grupo etário que predomina na comunidade é de 20 à 59 anos. O nível escolar é de nível médio e o nível econômico é bom, mas apresenta algumas famílias em estado de necessidade especial.

Os grupos prioritários na Unidade são: grávidas (no momento ainda não realizamos pré-natal na Unidade, para o próximo mês iniciaremos a atenção às grávidas); menores de um ano e recém-nascido tem atenção direta com pediatra; saúde mental (grande número de usuários com depressão) e Grupo do idoso. As enfermidades crônicas (HAS, DIABETES, ASMA) tem seu seguimento com uma consulta semanal, sendo atendidos 12 usuários. Um grupo muito importante são de enfermidades de transmissão sexual porque é grande o número que existe e que ainda não tem consciência de suas complicações mais frequente em nossa área é blenorragia determinada em exame de colo uterino.

Realizamos ações da promoção e prevenção para gerar mudanças do estilo de vida da população (parar com o hábito de fumar, promover a saúde mental, refletir sobre a gravidez na adolescência – sexo seguro, sensibilização sobre as enfermidades de transmissão sexual, prevenção de câncer de colo de útero, riscos da obesidade e sedentarismo, entre outros). Até o momento, minhas expectativas estão se cumprimentando, nem tudo é bom, ainda tem algumas deficiências que devem modificar-se, ser corrigidas a favor da Unidade da equipe de saúde para efetuar ações e cumprir os objetivos propostos. Meus objetivos no trabalho são:

1-Participação ativa de todos os membros da equipe de saúde nas ações de promoção, prevenção de fatores de risco mais frequentes (obesidade, hábitos alimentares, hábito de fumar, sedentarismo, gravidez na adolescência, enfermidades de transmissão sexual, entre outros).

2-Integrar a comunidade na solução dos problemas de saúde e fatores de risco (biológico, social, psicológico, ambiental é, entre outros).

3-Consultas com a qualidade que cada usuário precisa, necessita.

4-Avaliação clínica adequada não uso e abuso de medicamentos e exames complementares.

5-Avaliação constante de cada objetivo proposto e realizado e ações para melhorar cada estratégia de saúde.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Lajeado é um município brasileiro localizado no Rio Grande do Sul, suas principais atividades econômicas são voltadas à indústria alimentícia. É conhecida por ser a “capital do Vale do Taquari”, tendo em vista a importância socioeconômica. A população de Lajeado é formada por descendentes de alemães e italianos, principalmente. Conforme o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), Lajeado possui 71.481 habitantes, composto por uma população rural e uma população urbana. Da população total, 37.879 pessoas são do sexo masculino e 48.425 são do sexo feminino. Desde julho de 2013, o Município assumiu a gestão plena do sistema de saúde. A expansão da Atenção Primária à Saúde (APS) passou a ser prioridade, através da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Atualmente são dez equipes, sendo três de saúde bucal, atingindo uma cobertura populacional de 49%, totalizando 75% da população com visitas de 86 agentes comunitários de saúde. A Rede de Atenção à Saúde Municipal é composta por dez ESF, Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Serviço de Atenção Especializada às DST/AIDS (SAE), um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), três Centros de Saúde, cinco Unidades Básicas de Saúde, uma Base do SAMU, três Centros de Atenção Psicossocial, três Centros de Fisioterapia, uma Farmácia Escola e um Centro de Vigilância em Saúde (Ambiental, Epidemiológica, Sanitária, Central de Vacinas e Saúde do Trabalhador). A secretaria conta com mais 26 Agentes Comunitários da Saúde no município, vinculadas ao Centro de Saúde do Centro. As ACS atendem os bairros: Hidráulica, Centro, Moinhos, São Bento, Moinhos D’água, Imigrante, Planalto, Morro 25, Nações, Montanha1e2, Campestre e Universitário. Ainda não existe Núcleo de Apoio da Saúde da família (NASF), mas está em implantação. Minha UBS é rural e tem comunicação e interação adequada, existe vínculo com as instituições de ensino. Com as escolas realizamos diversas atividades, tais como: divulgação da carta dos direitos do usuário, atenção aos grupos de adolescentes, participação de atividades com a família. Estamos tentando integrar professores de educação física para realizar atividades com as crianças, adolescentes, grávidas, idosos e outros grupos.

A equipe é composta por: Cinco agentes comunitários de saúde, um clínico geral, uma enfermeira, uma farmacêutica, uma odontóloga, uma profissional em limpeza e uma técnica em enfermagem. Nossa USF tem em suas estruturas físicas

diversos espaços, tais como: recepção, sala de espera, farmácia, três consultórios (enfermagem, medicina e odontologia), sala de vacinas, sala para curativo e triagem, dois banheiros (um para usuário e outro para profissionais). A Unidade apresenta algumas deficiências, tais como: Não tem portão de emergência, não possui banheiro nos consultórios. Não há espaço para nebulização e a sala de vacina é inadequada. Faltam recursos humanos como uma vacinadora (técnica de enfermagem), técnico de saúde dental, dentista (temos apenas um profissional de 20 horas). Além disto, a quantidade e variedade de medicamento não são suficientes.

Outro ponto negativo é o não atendimento de pré-natal e puericultura. O impacto destas limitações na atenção à saúde da população são trasladarem-se as gestantes para outras Unidades e o não seguimento adequado das crianças de mais de dois anos.

Como estratégias que poderão ser utilizadas para superar ou minimizar as deficiências citadas, aponto a necessidade de contratar uma enfermeira para vacinação, a remodelação da sala de vacinas, aumentar o número de agentes comunitários de saúde (pelo rápido crescimento populacional), procurar outro médico com tempo suficiente para o próximo ano, aumentar o número de horas do odontologista, dispor a quantidade adequada de medicamentos em relação às doenças e as necessidades dos usuários, construções adequadas de banheiros nos consultórios, construção de porta de saída para emergências. Além destas adequações, são igualmente importantes as seguintes alternativas:

1. Ampliar a sala de espera.
2. Necessidade de outra técnica de enfermagem.
3. Preparação integral de todo os profissionais da equipe por não conhecerem a medicina familiar.
4. Necessidade para o próximo ano de outro médico da família devido ao crescimento da população.
5. Integração da comunidade a as atividades de promoção e prevenção de a saúde.
6. Criar os diferentes grupos de forma adequada para sua atenção integral, com os diferentes profissionais (psicólogo, psiquiatra, clínico geral, ginecologista).

Dentre os aspectos positivos da minha Unidade estão: 32 horas de consultas, visitas domiciliares, sala de vacinas, consulta do nutricionista, consultas diárias dos

idosos (quatro por dia), satisfação dos usuários e a demanda espontânea não é muito grande.

O número de habitantes na área adstrita da Unidade é de 4.034 pessoas. O perfil demográfico (idade/sexo) da população na área é:

Idade	Masculino	Feminino	Total
<1	35	18	53
1–4	125	110	235
5 – 6	64	54	118
7 – 9	87	98	185
10 – 14	124	114	238
15 – 19	139	287	426
20 – 39	819	678	1497
40 –49	272	267	539
50 59	185	161	346
>60	175	222	397
Total	2025	2009	4034

Figura 1 – Distribuição populacional por idade, na USF São Bento, Lajeado/RS. Fonte Cadastro feito por SIAB e ACS.

A demanda espontânea é toda aquela demanda do usuário por atividade na ESF que não está agendada ou que não é específica de nenhum setor. Em nossa ESF, devemos considerar que a demanda espontânea é pequena pelo fato que maioria da nossa população trabalha fora e há uma grande área que está mais perto da UPA e do Hospital, por isso não temos problemas com demanda espontânea, pois damos acolhimento a todos que chegam a Unidade.

Algumas ações que podem auxiliar a superar ou minimizar as dificuldades encontradas:

- 1-Realizar inquéritos à população sobre a qualidade dos cuidados ofertados.
- 2-Divulgar e explicar a Carta de os direitos do Usuário.
- 3-Preparar para os profissionais de saúde de forma abrangente para ser capaz de orientar corretamente os usuários.

Na minha ESF ainda não realizo consultas de puericultura com as crianças, pois, a pediatra atende uma vez na semana (só atende as crianças menores de um

ano de idade ou enfermas). Identifiquei algumas dificuldades e deficiências no acompanhamento de crianças menores de um ano, por exemplo, não medem a circunferência cefálica e torácica, acompanhando o seu desenvolvimento nos gráficos correspondentes.

A atenção à saúde da criança menor de um ano precisa melhorar, pois a estimativa do caderno de ações programáticas (CAP) é de 48 crianças menores de um ano enquanto, 38 são acompanhadas, ou seja, atendemos 79%. O cuidado à saúde das crianças é regular, porque há crianças com atrasos em vacinas, em sua primeira, não se sabe se foram feitos a triagem auditiva e acompanhamento do seu desenvolvimento nos gráficos. Os aspectos do processo de trabalho que pode ser melhorado são: Cadastrar 100% das mulheres em idade fértil, com a sua classificação adequada assistência. Conseguir consultas para mulheres grávidas. Sensibilizar as mães quanto à importância de imunizações e seguir a orientação médica e da equipe de saúde. Ter o registro indicado pelo ministério da saúde para as crianças. Dar consultas de puericultura para todas as crianças (mais de um ano). Envolver a comunidade neste programa por causa de sua importância para melhorar não só a cobertura, também a qualidade das consultas.

Em minha ESF ainda não se realiza consulta de pré-natal, são realizadas em outra unidade pelo ginecologista, nossa unidade não tem condições de fazer, não tem sala apropriada, mas são realizadas algumas ações de atenção à gestante, tais como: visita domiciliar, ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico precoce, vacinas e outros. As ações de atenção à gestante estão estruturadas de forma programática, ou seja, meu serviço conta com um registro específico e realiza monitoramento regular destas ações, utilizando também as agentes de saúde. A estimativa do CAP é de 60 gestantes na área de abrangência da nossa equipe.

Os aspectos positivos são: a integralidade dos agentes de saúde a estas ações, a receptividade das gestantes, interesse dos profissionais da equipe para o acompanhamento do médico nas visitas domiciliares. Dificuldades relativas à cobertura da atenção à gestante em meu serviço: algumas gestantes são atendidas por médicos particulares que não orientam as vacinas, as grávidas não tem conhecimento sobre a dinâmica de suas consultas e sobre o SUS, como por exemplo, dos seus direitos. Por isso, toda a equipe de saúde está se preparando para oferecer uma melhor atenção, comunicando à população as novas formas de

atendimento, por exemplo: médico nos dois turnos (manhã e tarde), visitas domiciliares, sala de vacinas e iniciar as consultas de atenção pré-natal no próximo mês, ter à qualidade da atenção à saúde, à qualidade dos registros, ao planejamento e monitoramento das ações, às atividades de educação em saúde.

De acordo com o Caderno de Ações Programáticas relacionado ao Câncer de colo de útero, nossa ESF tem uma estimativa de 1111, mas estão cadastradas um total de 710 mulheres de 25 a 64 anos sendo a cobertura 64%. O número de Coleta de Preventivo (CP) em dia é de aproximadamente 437 (62%), os dados provenientes do registo das citopatologias deste ano, não foi possível avaliar os anos anteriores. Outros aspectos que dá medida da qualidade do Programa: 97 (14%) exames com mais de 6 meses de atraso, nenhum exame alterado, 213 (30%) avaliação de risco para câncer de colo de útero, 439 (62%) amostras satisfatórias, 201 (28%) exames com representação das células da junção escamo-colunar. Existe um protocolo para sua realização.

Quando olhamos para o comportamento das estatísticas sobre o câncer de mama que aparecem no Caderno de ações programáticas os resultados foram semelhantes para o câncer do colo do útero. A cobertura oferecida às mulheres com idade entre 50-69 anos é de 58%, pois, 241 mulheres na faixa etária de 50 e 69 anos são acompanhadas. Quanto aos indicadores de qualidade há 123 mamografias em dia, 46 com mais de três meses de atraso, 104 avaliação de riscos e 193 receberam orientação sobre prevenção do câncer de mama. No entanto, todos os dias são feitas ações de educação, promoção, prevenção do câncer de mama. É necessário efetuar uma análise de todos estes aspetos, começando a rever a distribuição da população nesta faixa etária. Devemos trabalhar cada dia mais para alcançar os resultados desejados e assim melhorar o cuidado da saúde das mulheres. No mês de outubro foi a inspiração para comemorar o outubro Rosa que não se resumiu só em palestras e murais, pois foram cumpridas as metas nacionais.

Entre as metas nacionais propostas estão:

- Aumentar a cobertura de mamografia em mulheres entre 50 e 69 anos.
- Ampliar a cobertura de exame cito patológico em mulheres de 25 a 64 anos.
- Tratar 100% das mulheres com diagnóstico de lesões precursoras de câncer.

E as principais ações para o enfrentamento dos cânceres do colo do útero e da mama são:

- Aperfeiçoamento do rastreamento dos cânceres do colo do útero e da mama (INCA 2011a).

- Universalização desses exames a todas as mulheres, independentemente de renda, raça, cor, reduzindo desigualdades e garantia de 100% de acesso ao tratamento de lesões precursoras de câncer.

Quanto às dificuldades relativas às ações de prevenção do câncer de colo de útero e controle do câncer de mama em nosso serviço são: Demoram em chegada dos resultados e atendimento por especialista (ginecologista ou cirurgião) as ações propostas a comunidade são aumentar o autoexame de mama, assistência a consultas sem alterações, realização de coleta para câncer de útero em tempo e tratamento oportuno de doenças que não precisam atendimento direto do ginecologista, aumentar a educação para saúde da população, ACS (para orientação adequada) e participação ativa de todos os membros de equipe em a realização de atividades e busca ativa de pacientes faltosas ao programa.

Em relação à atenção aos hipertensos e diabéticos, destaco a importância das consultas com a nutricionista, às orientações sobre a importância do exercício físico e recreação e as visitas domiciliares. Estamos trabalhando para aumentar a qualidade em todas as consultas, mas o espaço físico não permite realizar outras atividades, não contamos com professores de educação física para a realização de exercícios físicos com os usuários. Começamos o grupo de obesos e hipertensos e diabéticos, que são espaços importantes para aumenta à autoestima dos usuários e melhorar a qualidade de vida dos usuários e de suas famílias. Nos últimos meses identificamos usuários assintomáticos, hipertensos e diabéticos, uma vez que ampliou a área de cobertura, então acredito que à medida que continuamos a trabalhar os indicadores será maior, realizar um trabalho melhor, podemos encontrar deficiências e melhorar a qualidade dos atendimentos. As ações em minha Unidade não estão estruturadas de forma programática, pois não existe em um manual técnico e a população não tem conhecimento da atenção que deve ter. Estamos educando a população em seu adequado seguimento, pois antigamente as consultas tinham por objetivos apenas a troca de receituários médicos agora indicou medidas não medicamentosas e marcamos a próxima consulta em dependência de sua avaliação.

Olhando o Caderno de Ações Programáticas, parte referente à saúde da pessoa idosa, a avaliação da cobertura de Saúde da Pessoa Idosa encontrada não é

boa. A estimativa do CAP é de 550 idosos na área de abrangência, mas, apenas 397 (72%) são acompanhados. Existem deficiências como, por exemplo, ninguém tem caderneta do idoso, não é realizada a avaliação funcional e investigação de indicadores de fragilização na velhice. Agora realizamos ações diretas com eles tais como: prioridade na atenção, consultas todos os dias e agendamento por telefone. Estamos realizando avaliação da capacidade funcional, orientação sobre importância do exercício físico de acordo a avaliação realizada, orientação alimentar, orientações individuais a cada cuidador para melhor atenção.

Os aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção aos idosos em minha ESF seriam:

- 1.Cadastrar 100% dos idosos e classificá-los adequadamente.
- 2.Visitas periódicas e multidisciplinares aos acamados e incapacitados.
- 3.Consultas diárias com prioridade aos mais deficientes.
- 4.Dar seguimento odontológico adequado.
- 5.Incorporar a assistente social na atenção aos idosos.
- 6.Preparar a família e cuidadores para o cuidado adequado do usuário idoso assim preparamos o futuro dos idosos com base na prevenção.

Os maiores desafios durante o análise situacional são pouco domínio da língua português, não ter um análise anterior e o desconhecimento da equipe do trabalho na medicina familiar e o maior recurso foi o recurso humano o apoio da equipe.

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

Fiz uma análise crítica em geral, mais ainda a estrutura física não tem mudanças importantes. Já o pensamento e o comportamento dos profissionais de saúde em nossa UBS são formidáveis, com uma mudança muito importante, pois eles estão trabalhando para que os sonhos se tornem uma realidade e a atenção aos usuários seja ideal. Antes as reuniões de equipe eram uma vez por mês, agora passou a serem semanais análises/ avaliações do trabalho realizado e organização das ações futuras e debates sobre como podemos melhorar nosso trabalho e a atenção aos usuários. Outro ponto de destaque é que não existia acolhimento, havia

grandes filas. Agora se realiza acolhimento e agendamento adequado. Em geral existe um melhor trabalho de forma integral, agora temos uma melhor preparação com a culminação desta unidade de estudo e conseguimos passar para toda a equipe estes conhecimentos para obter triunfo da medicina familiar.

Posso dizer que foi difícil, porque temos as nossas responsabilidades para fazer este tipo de análise, porque no meu país existe uma equipe treinada para realizá-lo e pessoal para executá-lo, mas foi muito educativo, informativo e nos guiou para o trabalho e o relatório. Não foi fácil, mas com a experiência de semanas anteriores de preparação escrevi o relatório, pois contei com adequado conhecimento adquirido. Esta é a diferença entre os dois textos, primeiro por não ter experiência e para o relatório contei com os conhecimentos adquiridos no trabalho, relacionamento com a equipe de saúde e da língua portuguesa.

Os maiores desafios foram a minha adaptação a uma cultura desconhecida, a não existência de conhecimento da medicina familiar pela equipe de saúde e a comunidade. O melhor recurso que nossa ESF apresenta são os recursos humanos. Os aspectos levantados nos questionários e nos Cadernos das Ações Programáticas surpreenderam a mim e a equipe pela quantidade de informação e isto contribuiu para uma mudança na forma de pensamento e ações da equipe para melhorar o trabalho e o atendimento da população.

2 Análise Estratégica.

2.1 Justificativa

A Saúde do Idoso é uma ação programática importante para a saúde da população, pois possui aplicação no dia-a-dia e envolve toda a sociedade como família, comunidade, Estado e profissional da saúde de todos os níveis, para conseguir um só objetivo: a completa satisfação do idoso e aumentar sua qualidade de vida. Além disto, esta ação programática é importante em qualquer contexto da Atenção Primária da Saúde.

O total da população da área adstrita é de 4.034 usuários e a população-alvo de minha área adstrita é apenas 397 estão cadastrados que representa 72% e 229 (42%) foram acompanhados no último ano, conforme dados dos ACS. A população alvo tem as seguintes características: a maioria é composta por imigrantes alemães e italianos e desempenham como atividade econômica a agricultura. Uma parte da população só fala a língua alemã e seguem suas tradições, existem grupos de idosos que fazem diferentes atividades como dança, caminhadas, passeios à outras cidades e outras atividades. O mais importante é que o atendimento melhorou e a qualidade das consultas (acolhimento-escuta-interrogatório e exame físico, exames complementares, educação para a saúde) com o apoio da equipe. Atualmente, são desenvolvidas ações de promoção em saúde, tais como: formação de grupos de hipertensão, diabetes, obesidade (amigos da balança) e idosos. Além disto, são realizadas atividades de educação em saúde de temas de interesse para os grupos (alimentação saudável, uso adequado do medicamento, medicina tradicional, orientação sobre atividade física e outros).

A intervenção é importante no contexto da minha ESF, mas penso que pelo número de idosos atuais, serão menos que dentro de 10 anos porque o envelhecimento da população e a nível mundial e Brasil não escapa a este fenômeno, pois a população seguirá envelhecendo. Temos interesse de prestar uma atenção adequada e implementar o projeto de intervenção para que se consiga a comunicação entre as pessoas que tem uma importante participação, que são a família, a comunidade e o Estado a fim de conseguir a melhoria da atenção à saúde da população alvo. Os aspectos do processo de trabalho que deverão ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção aos idosos em minha ESF são.

1. Cadastrar 100% dos idosos e classificá-los adequadamente.
2. Visitas periódica e multidisciplinar as acamados e incapacitados.
3. Consultas diárias com prioridade aos mais deficientes.
4. Preparar adequadamente a família e cuidadores para o cuidado adequado do usuário idoso assim preparamos a os futuros idosos, isso é uma maneira de fazer medicina preventiva.
5. Seguimento por o geriatra como corresponde.

De esta forma aumentar a qualidade de vida, tanto em saúde como participação social, psicológica e econômica (BRASIL, 2010; BRASIL, 2013).

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a Atenção à Saúde do Idoso na ESF São Bento, Lajeado/RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

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

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

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

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos

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

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

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

2.3 Metodologia.

O projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 04 meses na área da equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) São Bento, no município de Lajeado/RS. Participarão da intervenção todos os idosos, que engloba as pessoas acima dos 60 anos da área da Unidade Básica de Saúde. As ações realizadas na intervenção serão baseadas no Protocolo ou Manuais Técnicas: Atenção Integral à Saúde do Idoso do Ministério da Saúde – (Brasil, 2013), Caderno de Atenção Básica nº 28 – Saúde do Idoso (Brasil, 2011), Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento. Portanto, para alcançar os objetivos propostos foram estabelecidas metas e ações a serem realizadas. O cadastro dos idosos na planilha de Coleta de Dados (Anexo B) será feito no momento da consulta. Para registro das atividades serão utilizados o prontuário clínico individual e a Ficha Espelho (Anexo C). Os dados obtidos destes registros serão preenchidos na planilha de Coleta de Dados para monitoramento e acompanhamento das metas e indicadores.

2.3.1 Detalhamento das ações.

As ações desenvolvidas durante a intervenção serão descritas conforme cada um dos eixos programáticos do curso. Espera-se abranger todos os aspectos relevantes para realização da intervenção de modo a contemplar todas as metas e indicadores.

Monitoramento e Avaliação

Realizaremos o monitoramento da situação de risco dos idosos com a realização da ação coletiva, cuja finalidade epidemiológica é o estabelecimento de prioridade de atendimento de 100% dos idosos adscritos na ESF São Bento. O registro para possibilitar o monitoramento será realizado na Ficha Espelho (Anexo C), fornecida pelo curso. O monitoramento da cobertura dos idosos terá periodicamente mensal e será discutido em reuniões da equipe.

O número de idosos moradores da área de abrangência será monitorado por meio da planilha eletrônica (Anexo B) e o médico ficará responsável por essa ação. Temos como meta alcançar uma cobertura de 100% para estes idosos. Será monitorado o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela Unidade de saúde. O médico será o

responsável pelo monitoramento da periodicidade das consultas e os idosos faltosos as consultas. As buscas ativas realizadas aos faltosos serão realizadas pela ACS, diretamente na residência do idoso, para agendamento de novo atendimento, visando à conclusão dos tratamentos médicos. Estes monitoramentos também serão realizados através da planilha eletrônica (Anexo B). Temos como meta realizar a busca ativa a 100% dos idosos, faltosos as consultas agendadas e concluir o tratamento médico de 100% dos idosos.

Será monitorada a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde e os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. O médico será o responsável, e a cada semana repassará o registro em reunião da equipe. Será um trabalho árduo, pois as micro áreas estão localizadas longe da Unidade de Saúde e só temos um dia na semana para fazer as visitas, mas contamos com apoio dos ACS que já estão entregando as cadernetas, orientando aos idosos e família sobre o projeto de intervenção para conquistarmos os objetivos propostos. Serão monitorados ainda: o número de idosos de maior risco de morbimortalidade (identificados na área de abrangência); o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice; a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na ESF; todos os idosos com rede social deficiente. Este monitoramento será realizado por meio de avaliação funcional periódica de cada idoso, com exame físico certo e complementar indicado individualmente, caso seja necessário. O acompanhamento deve ser realizado de forma conjunta com a assistente social e a psicóloga.

Serão monitorados, pelo médico, enfermagem e técnica de enfermagem os hábitos alimentares das pessoas idosas, por meio de conversar com a nutricionista e conversa com idosos e seus cuidadores. Além disto, será monitorada a prática regular de atividade física em grupos, por meio dos agentes comunitários e haverá monitoramento, com auxílio da odontóloga, sobre as ações de saúde bucal e todos os dados serão registrados nos prontuários, planilha coleta de dados e ficha espelho.

Organização e Gestão do Serviço

Realizaremos a organização e gestão do serviço para acolher todos os idosos e cadastrar todos os idosos da área de cobertura da Unidade de saúde. Atualizaremos as informações do SIAB e o acolhimento será feito por todos os

membros da equipe com horário diferenciado a partir das 9 horas da manhã e 13 horas da tarde (dois em cada turno) além de incluir urgência e emergência, o idoso sairá da Unidade com sua próxima consulta agendada. Se na avaliação for constatada que é uma urgência- emergência terá prioridade no acolhimento. Para as visitas domiciliares também serão realizados agendamentos adequados, para contemplar os acamados e incapacitados que possuem alguma limitação ou dificuldade de acessar a Unidade de saúde. O cadastro será feito com registro único para idoso, caderneta do idoso, avaliação funcional e prontuário da Unidade. As atualizações das informações do SIAB serão realizadas pelo médico da Unidade.

Serão garantidos os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropometria, Tabela de Snellen). Contando com a nutricionista e odontóloga que tem dias programados para atender especificamente aos idosos. Serão definidas as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos e atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos. Será garantida a busca a idosos que não realizaram exame clínico apropriado, através das agentes comunitárias de saúde, que entrarão em contato com os familiares, além disto, contamos com o serviço do CREAS/CRAS.

Será organizada 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, solicitação dos exames complementares e buscaremos com o gestor municipal a agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo os quais são definidos as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos e atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos o médico será o responsável de fazer a Avaliação e exame clinica.

Será mantido um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na Unidade de saúde, bem como garantido o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa. Organizaremos a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção. Melhoraremos o acolhimento para os idosos portadores de HAS. Garantiremos material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na Unidade

de saúde. Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM. Garantiremos também material adequado para realização do hemoglicoteste na Unidade de saúde. Criaremos sistema de alerta na ficha de acompanhamento para indicar o idoso que provavelmente terá que realizar o hemoglicoteste.

Organizaremos o acolhimento aos idosos na Unidade de saúde e cadastraremos os idosos na Unidade de saúde, a fim de oferecer atendimento prioritário aos idosos na Unidade de saúde. Será organizada agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos e acolhimento aos idosos na Unidade de saúde e será monitorada a utilização de serviço odontológico por idosos da área de abrangência e uma agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos. Ofereceremos atendimento prioritário aos idosos. O médico será o responsável direto de todas as ações, mas cada membro da equipe terá sua responsabilidade direta. Organizaremos visitas domiciliares para buscar os faltosos e agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares. Será realizada com visitas diárias dos ACS de cada micro área. Os responsáveis serão a técnica de enfermagem e os ACS.

Manteremos as informações do SIAB atualizadas. O responsável será a técnica de enfermagem. Implantaremos a planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos. Com planilha de avaliação funcional e registro de avaliação. Será pactuado com a equipe o registro das informações, na primeira reunião de equipe do mês. O responsável pelo monitoramento dos registros será a enfermeira. Organizaremos 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. Solicitaremos ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Todas estas ações serão feitas em conversas com os cuidadores e familiares, gestor municipal e pessoas responsáveis das estatísticas.

Priorizaremos o atendimento aos idosos de maior risco de morbimortalidade e idosos fragilizados na velhice e será facilitado o agendamento e a visita domiciliar aos idosos com rede social deficiente. Priorizaram-se não só em consultas também em as visitas domiciliar de acordo a sua avaliação. Será definido o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e para a prática de atividade física regular. Demandaremos do gestor municipal

parcerias institucionais para realização de atividade física. Organizaremos tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual. Os grupos fixos acontecem nas segundas-feiras e as visitas domiciliares no turno da manhã. A cada 15 dias haverá prática de exercícios físicos e o atendimento odontológico acontecerá em todos os dias.

Engajamento Público

Realizaremos atividades (educação em saúde em grupos, contatos individuais, e com a família nas visitas domiciliares) para esclarecer a comunidade sobre a importância que os idosos realizem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na Unidade de saúde, informando-lhe da existência do Programa de Atenção ao Idoso e que será realizado em nossa unidade.

Por meio destas ações, orientaremos a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável e compartilhar com os usuários as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social e 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, à necessidade de realização de exames complementares, à periodicidade com que devem ser realizados assim como seu direito de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/ Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso também sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar e disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados ou com problemas de locomoção, sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade, os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS, a importância do rastreamento para DM em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mm Hg ou para pacientes com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica, sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM e importância de avaliar a saúde bucal de idosos, atendimento odontológico prioritário de idosos e de sua importância para saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na Unidade de Saúde. Esclarecemos a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais e ouviremos a comunidade sobre estratégias para captação de idosos para acompanhamento odontológico. Todos os membros da equipe serão responsáveis

de cada uma de as ações por isso e que devem ser todos capacitados adequadamente.

Informaremos a comunidade sobre a importância de realização das consultas. Ouviremos a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos idosos (se houver número excessivo de faltosos). Esclareceremos os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. A realização destas ações acontecerá com palestras à comunidade, cartazes em comércio, escolas, os grupos (diabetes- hipertensos- obesidade e idosos), em cada consulta médica e procedimento de enfermagem. Orientaremos os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. Orientaremos os idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção. Estas ações serão feitas nos grupos e pelos agentes de saúde em cada visita domiciliar e em cada consulta de pessoas com familiar idoso, seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco, os idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente. Orientaremos os idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde. Estimularemos na comunidade a promoção da socialização da pessoa idosa (trabalhos em igrejas, escolas, grupos de apoio e outros) e do estabelecimento de redes sociais de apoio.

Orientaremos a comunidade sobre a importância destas atividades para um tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável. Compartilharemos com os usuários as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social e informaremos a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de idosos pero ainda mais de prevenir as doenças. Todas estas atividades serão feitas em consultas, dinâmicas de grupos e visitas domiciliares.

Qualificação da Prática Clínica

Capacitaremos a equipe no acolhimento aos idosos e ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço e para a Política Nacional de Humanização. A capacitação e o treinamento serão ministrados pelo médico da Unidade e enfermeira. Será solicitada ajudada a psicóloga e grupo de profissionais responsáveis pela atenção dos idosos da secretaria da Saúde, será

feita em reuniões cada semana, em visitas domiciliar e em reunião mensal a fim de ampliar o conhecimento da equipe sobre o Programa de Humanização ao cuidado do usuário idoso através de reunião de equipe, visitas domiciliares e palestras com os cuidadores.

Capacitaremos os profissionais para o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pela ESF e a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida. Treinaremos a equipe para o encaminhamento adequado dos casos que necessitarem de avaliações mais complexas. Capacitaremos a equipe da ESF para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas, seguir o protocolo adotado na ESF para solicitação de exames complementares, orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, os ACS para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência. Orientar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção, reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar. Capacitaremos a equipe (profissionais habilitados) da ESF para realização do hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mm Hg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em idosos, realizar acolhimento do idoso de acordo com protocolo, realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico. Capacitaremos os ACS para captação de idosos.

A capacitação deve ser feita pelo médico da Unidade e utilizaremos o material disponível, protocolos, bibliografia utilizada em nosso trabalho. Treinaremos os ACS para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade. Definiremos com a equipe a periodicidade das consultas. O médico realizará o treinamento em reunião de equipe, cada semana com o material disponível e ajuda das funcionárias do CREAS/CRAS, no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos. Capacitaremos a equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa.

Capacitaremos os profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa, identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice e avaliar a rede social dos idosos. Capacitaremos a equipe para a realização de exame odontológico apropriado,

registro adequado dos procedimentos em todas as consultas. Orientaremos os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos que precisam de atendimento odontológico e reconhecimento dos casos que necessitam uma atenção especial (descapacitados, diabéticos, imunodeficientes). A odontóloga utilizará os materiais disponíveis no curso e bibliografias disponíveis.

2.3.2 Indicadores

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

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

Indicador: 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.

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

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

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

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

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

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

Indicador: Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus.

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

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

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

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

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

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

Indicador: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.

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

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com orientação sobre higiene bucal.

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

2.3.3 Logística.

As atividades realizadas na intervenção terão como referência o Protocolo ou Manual Técnico: Atenção Integral à Saúde do Idoso do Ministério da Saúde – (Brasil, 2013) é o **Caderno de Atenção Básica 28- Saúde do Idoso (Brasil, 2011)** que está disponível na Unidade de Saúde. As ações clínicas individuais e as atividades coletivas de educação e prevenção serão registradas nos prontuários individuais de cada idoso e em fichas espelho. Os dados resultantes destes registros serão informados na planilha de coleta de dados, a qual nos fornecerá os indicadores utilizados no monitoramento.

Farei contato verbal com a Secretaria Municipal para a viabilização da Caderneta dos Idosos. Para o acompanhamento dos idosos será utilizado o prontuário da unidade, a caderneta do idoso (em número de 397, mais 50 para os casos que podem ser incluídos durante o transcurso da intervenção) que estarão disponíveis em minha consulta ou serão entregues a cada idoso visitado pelos ACS em visitas domiciliar. Estas serão entregues a cada idoso e serão usadas por eles para seu seguimento adequado e avaliação funcional evolutiva para assim poder coletar todos os indicadores necessários a o monitoramento da intervenção.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisará a existência dos prontuários dos idosos e identificará os idosos com doenças crônicas, faltosos, os acamados, incapacitados e os que não têm prontuário utilizando o registro atual, atualizando-o em cada consulta. Será feito cada semana, se registrará em uma listagem e se passara a informação na reunião de equipe realizada a cada semana. Localizarei os prontuários dos idosos e transcreverei todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho. Devem ser utilizadas 397 fichas que não existem na Unidade, as impressões serão feitas em nossa unidade pela profissional administrativa, por isso se confeccionará um registro de dados gerais dos idosos que serão usadas em cada entrevista ou consulta realizada e estará disponível nas consultas e nas visitas domiciliares. Ao mesmo tempo realizar o primeiro monitoramento anexando uma anotação no registro de dados gerais sobre consultas, exames clínicos e laboratoriais e vacinas que podem estar em atraso e qualquer outro dado que considere necessário, será anexada esta anotação em ou listagem feita com o nome de todos os idosos.

Será realizada capacitação sobre a atenção integral à saúde do idoso para que toda a equipe utilize esta referência. O responsável será o médico, esta capacitação ocorrerá na própria ESF, para isto será reservada 1 hora ao final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico (disponível em formato digital) e irá expor o conteúdo aos outros membros da equipe. A capacitação será feita em quatro semanas.

Realizar-se-á ainda a capacitação da equipe sobre acolhimento aos diferentes idosos (consulta agendada de rotina, doença aguda, acamado e incapacitado) lembrando que cada idoso é um ser único. Os responsáveis serão o médico e enfermeira. Será feito em reunião de equipe, participará toda a equipe e será necessário o estudo de cada tema, um computador disponível na Unidade, pois todo o material é digital, a capacitação será feita por o médico. O acolhimento será feito por toda a equipe na sala de triagem e será iniciando pela técnica de enfermagem. As visitas domiciliares serão realizadas pelos agentes de saúde que fazem visitas diárias e que irão cadastrar os idosos da área de abrangência. A prática do acolhimento não irá interferir negativamente na rotina da Unidade, pois será realizada de forma organizada e consciente. Os idosos com atraso em exames serão atendidos e orientados em visitas domiciliar pelos agentes comunitários de saúde (ACS) previamente orientados (em cada reunião se dará o nome dos idosos com atraso), os faltosos a consultas serão contatados por telefone e pelos ACS. O responsável pelo contato com o idoso será a profissional administrativa da Unidade que utilizará o telefone da Unidade para fazer o contato. Se o idoso não tiver telefone, o responsável por contatá-lo será o ACS de seu micro área.

Os Idosos com problemas agudos serão atendidos no mesmo turno para uma atenção adequada e humanizada do tratamento e evitar as possíveis complicações, os que têm consulta de rotina terão prioridade no agendamento, pois serão feitas a sair da consulta anterior para viabilizar a ação de acolhimento dos idosos. Para acolher a demanda de intercorrência agudas não há necessidade de alterar a organização da agenda, estas serão priorizadas nas consultas disponíveis para pronto atendimento. Para agendar os idosos provenientes da busca ativa serão reservadas duas consultas por dia, uma de manhã e outra de tarde.

O monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço às ações para conseguir alcançar será feita na Unidade nos dias de reunião de equipe. O

responsável será o médico que fará avaliação a cada mês. O instrumento a utilizar será a planilha de coleta de dados, planilha de avaliação funcional o tempo a utilizar será ao final de cada reunião (aplicável também para monitoramento e avaliação de tratamento odontológico).

Para sensibilizar a comunidade, será esclarecida a importância da realização da atenção dos idosos para aumentar sua qualidade de vida e sobre as facilidades de realizá-lo na ESF aos que pode comparecer na Unidade e com visitas domiciliar aos que não podem (incapacidade, acamados). Será dada atenção prioritária aos idosos na ESF.

Faremos contato com a associação de moradores e com os representantes da comunidade e com os representantes de cada grupo do idoso, um por cada micro área, escola, nas duas igrejas da área de abrangência e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância da realização do projeto. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a área de cobertura (os idosos que moram longe da unidade) e de esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional. Este contato será feito pessoa a pessoa em visitas domiciliar pelos agentes de saúde, em consultas realizadas pelo médico e enfermagem (que serão o responsável) em conversas em escola, igrejas, e encontros marcados em cada micro área, em as visitas. Utilizando para sua divulgação as agentes de saúde, o representante de cada micro área, os idosos mais ativos, murais e a participação de todos.

Semanalmente a enfermeira examinará as fichas-espelho dos idosos identificando os que estão com consultas, exames clínicos, exames laboratoriais ou vacinas em atraso cada quarta-feira de tarde (utilizará a planilha de dados geral dos idosos).

Os ACS farão busca ativa de todos os idosos em atraso, para fazer a busca já agendará o idoso para um horário de sua conveniência e será informado o cuidador e familiar para não esquecer a consulta e dar seguimento adequado e contínuo evitando as ausências a consultas. Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica.

e/ou diabéticos sem esquecer os idosos aparentemente sana.																
Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica e 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mm Hg para Diabetes Mellitus.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Monitorar avaliação da necessidade de tratamento Odontológico do idoso, número de idosos cadastrados na Unidade em acompanhamento odontológico no período e a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de idosos.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela Unidade de saúde	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Monitoramento da intervenção	x				x				x					x		

3 Relatório da Intervenção.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

As ações desenvolvidas durante a intervenção foram realizadas com dedicação pela equipe da ESF São Bento. A capacitação dos profissionais de saúde da ESF sobre a atenção a saúde das pessoas idosas, acolhimento aos idosos e Política Nacional de Humanização, bem como a capacitação dos ACS para a busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço foi realizada de forma integral.

O total da população da área adstrita é de 4.034 usuários, de acordo com o SIAB existem 397 idosos na área de abrangência, logo, este é o denominador do indicador de cobertura. Antes da intervenção havia 229 idosos cadastrados, o que representava 42% de acordo com o cadastro dos ACS.

A meta de cobertura foi alcançada de forma parcial, pois, foram atendidos 289 usuários do total de 397. A facilidade foi contar com um cadastro já feito anteriormente e contar com as estatísticas do SIAB. A dificuldade principal foi a falta de agente de saúde em duas micro áreas, uma durante todo o tempo em que se realizou o projeto porque dificulto o cadastro, as visitas domiciliares e portanto o seguimento correto da intervenção.

Durante a reunião de equipe, além das capacitações, foi feito também o estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática. A dificuldade principal foi conseguir que cada profissional tomasse consciência da importância da intervenção, mas ao longo dos meses houve o apoio da equipe. Durante a intervenção foi realizado o contato com as lideranças para falar sobre a importância da ação programática de saúde do idoso, solicitando apoio para a sensibilização da comunidade e para as demais estratégias que serão implementadas. As facilidades foi fazer o contato direto com os idosos que são líderes dos grupos já formados e representantes do micro áreas, com o gestor municipal, com o Dr Mauricio que supervisiona e orienta o programa mais médico e a dificuldade foi o idioma.

Quanto à avaliação multidimensional rápida em dia teve comprimento integral com 100% de realização, em cada consulta e visita domiciliar realizada, a facilidade foi a frequência a consulta e sua cooperação com ajuda dos membros da equipe de enfermagem. Sobre a meta de acolher todos os idosos, dar atendimento clínico, busca ativa dos idosos faltosos a consulta e grupo dos idosos que existem na

comunidade, a facilidade foi o apoio da equipe pra que sua realização e a dificuldade e ainda que a população compreenda a importância de esta forma de atendimento (acolhimento). Seu comprimento foi parcial. Mas, os atendimentos clínicos e a busca de idosos faltosos foram cumpridos integralmente.

A realização do 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 e a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos, foi cumprida integralmente. A facilidade foi o envolvimento da equipe, e a dificuldade é que as vezes os idosos não entendiam que o exame de seus pés é importante assim como a realização do exame físico completo, porque não estavam acostumados a sua realização.

A meta de rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmhg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM) com exames completar em dia foi cumprida integralmente. A facilidade foi que contamos com os médios pra sua realização, equipes e os profissionais capacitados para fazer esta tarefa e não existirem dificuldades. Foi cumprida integralmente, já que se fiz tomada da pressão arterial em todas as consultas e visitas domiciliares.

Quanto à prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos, alcançamos a meta integralmente, a facilidade, aceitação dos usuários, além disto, em nossa farmácia existe um grupo de profissionais muito capazes, existe uma atenção com muita humanidade, se explica a cada usuário com paciência qualquer duvida, se entregam caixas para a organização dos medicamentos, se toma a pressão arterial, glicose, por isso os idosos recebem seu serviço, além disso, orientamos em nossa unidade que assistam pra que os idosos se sintam muito mais atendidos e cumpram com nossas orientações com mais responsabilidade e a família tome mais consciência do apoio que devem dar aos idosos, a dificuldade, é que se encontram muito longe do micro áreas e não tem transporte.

Quanto ao número de idosos acamados ou com problemas de locomoção a estimativa da planilha de coleta de dados é 32, foram atendidos durante a intervenção 33 idosos nesta condição, destes 3 são acamados e 30 com problemas na locomoção logo, a meta foi cumprida integralmente. A facilidade foi o cadastro que já estava feito e as visitas realizadas para os idosos com estas condições. A dificuldade foi o transporte e a distância entre as micro áreas.

A proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta foi de 100%. Com o comprimento integral da meta, a facilidade foi a adesão dos idosos, não existirem dificuldade. A meta de rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mm Hg pra Diabetes Mellitus, foi cumprida integralmente. A facilidade foi contar com o SUS para a realização dos exames que são realizados de forma gratuita e a dificuldade foi que os laboratórios ficam distantes da área de abrangência, e a falta de transporte, só dois estão disponíveis pela manhã.

Quanto aos idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico apenas um se negou a realizar o exame, mas tem próteses. A facilidade foi a adesão às consultas programadas, colaboração dos usuários, a dificuldade foi a comunicação, pois, boa parte se comunica pelo idioma alemão.

Quanto à avaliação da necessidade de tratamento odontológico do idoso, o comprimento foi parcial. A facilidade foi à assistência a consultas dos idosos com o comprimento de sua avaliação e a dificuldade, foi porque não se conta com registro do atendimento dos idosos. Iniciamos o registro com o projeto a partir da iniciativa nossa e a participação ativa da odontóloga.

Quanto à busca ativa dos faltosos, a participação ativa dos ACS, foi fundamental. Muitas vezes não tem transporte e o acesso do idoso à consulta é por ônibus. Quanto ao registro na ficha espelho e planilha de coleta de dados, a facilidade foi contar com uma equipe que acompanhou a intervenção, tivemos ajuda de profissionais da equipe no preenchimento dos dados, contamos com impressora e as fichas necessárias.

Quanto à proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa o comprimento foi integral, já que contávamos na unidade com o numero de cadernetas necessárias, não tivemos dificuldade, foi entregue a cada idoso em consulta ou visita domiciliar.

Quanto à proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia o cumprimento foi integral com uma avaliação adequada, a presença dos idosos nas consultas contribuiu, além dos exames complementares em dia e avaliação clínica, exame físico, e ajuda das ACS.

Buscamos uma avaliação para fragilização na velhice em dia ao longo da intervenção, o comprimento foi integral a facilidade foi à assistência à consulta, ter o tempo adequado em cada consulta. Quanto à proporção de idosos com avaliação de

rede social em dia foi realizando-se ao longo da intervenção não alcançamos 100% porque devido a redução de semanas da intervenção não fizemos novas consultas e visitas para fazer a avaliação.

A proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis foi 100% com o comprimento integral da ação, a facilidade foi um atendimento com respeito a sua cultura e forma de alimentação e como dificuldade a comunicação.

A proporção de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física foi 100%, seu comprimento foi integral, a facilidade foi a assistência a consulta, a dificuldade foi não contar com um preparador físico pra sua realização.

A proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal foi 100%, logrando-se a longe da intervenção com ajuda da odontóloga que foi uma facilidade e também adesão dos idosos às consultas. Esta ação foi cumprida integralmente.

Ao fazer o monitoramento da intervenção destacamos que foi realizada em 12 semanas, a periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela Unidade de saúde foi integralmente cumprida, portanto, buscamos cumprir os objetivos e metas de cada ação prevista no projeto.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Apesar do cumprimento das ações não ter sido satisfatório em todas, apenas uma ação não foi cumprida integralmente, trata-se das visitas domiciliares, algumas não foram realizadas devido à falta do transporte, irregularidade das agentes de saúde (duas área sem ACS) dificuldade de acesso a algumas áreas devido aos dias de chuvas.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.

As dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores são, foram especialmente devido ao meu desconhecimento da informática, problemas com o idioma, erro ao escrever os nomes, por mim e pelos ACS, a não existência de dados nos prontuários, como peso, circunferência abdominal, Índice da massa corporal, escolaridade dos idosos, escolaridade, etc.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

As ações foram incorporadas à rotina de serviços da USF, mas, alguns aspectos serão adequados ou melhorados para que tenhamos continuidade.

1. Continuar a capacitação da equipe pelo médico e apoio matricial dos gestores;
2. Participação ativa da equipe no desenvolvimento das ações;
3. Ampliação da estrutura física da unidade com apoio da prefeitura e secretaria da saúde;
4. Incorporação à equipe de uma nova técnica de enfermagem, uma nutricionista, odontóloga 40 horas, consulta de psicólogo na unidade, um geriatra, proposta feita pelo médico e solicitado pela enfermagem.
5. Integração das ações de educação em saúde nos grupos;
6. Núcleo de apoio à saúde da família - NASF, não serão incorporados à equipe só oferecerem seu apoio no trabalho.
7. Cadastrar 100% dos idosos e classificá-los adequadamente por ACS.
8. Visitas periódica e multidisciplinar aos acamados e incapacitados.
9. Preparar a família e cuidadores para o cuidado adequado do idoso.

Avaliação da intervenção.

4.1 Resultados

A intervenção realizada na USF São Bento, Lajeado/RS objetivou melhorar a atenção à saúde do idoso. Foi realizada em 12 semanas, apesar de ter sido prevista para acontecer em 16 semanas. O total da população da área adstrita é de 4.034 usuários, de acordo com a estimativa da planilha de coleta de dados (VIGITEL) há 403 idosos na área de abrangência da USF, logo, este é o denominador do indicador de cobertura. Antes da intervenção havia 229 idosos cadastrados, o que representava 42% de acordo com o CAP, mas, não se conhecia o total de acompanhados. A meta de cobertura foi alcançada de forma parcial, pois, foram atendidos durante a intervenção 289 (71,7%) usuários do total de 403 idosos.

A seguir apresentamos os resultados de acordo com os objetivos e metas do projeto de intervenção.

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

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

O número total de pessoas com 60 anos ou mais acompanhados e residentes na área de abrangência da equipe, em cada mês da intervenção foi, respectivamente, 75 (18,6%), 171 (42,4%) e 289 (71,7%), o resultado foi possível com o apoio da equipe, meu trabalho diário e não foi possível ter 100% pela falta de transporte e pouco tempo na intervenção, mas dando continuidade será alcançada a meta.

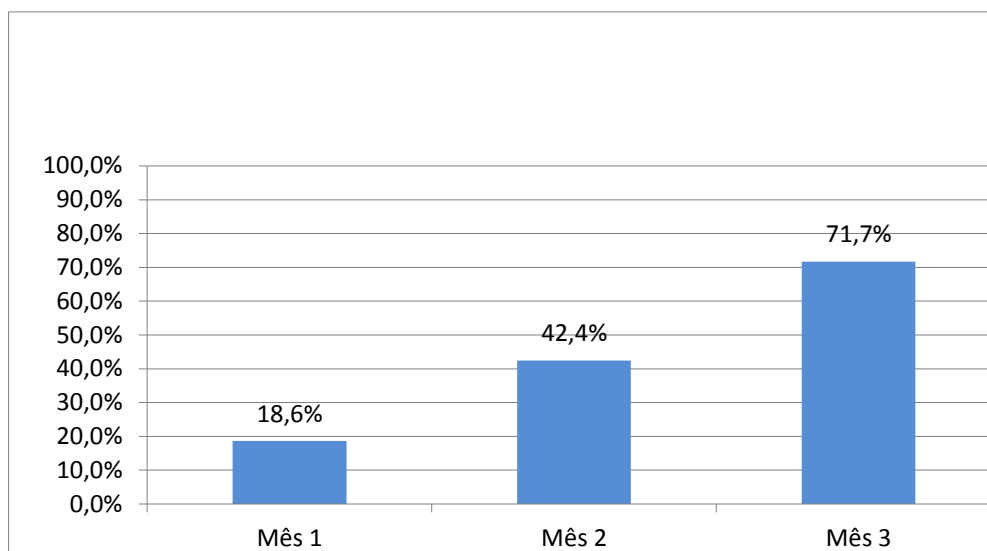


Figura 2 - Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde São Bento/Lajeado, RS, 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPEL, 2015.

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

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

O indicador 2.1 corresponde ao número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia. Em todas as consultas foram realizadas a Avaliação Multidimensional Rápida onde foram avaliados aspectos, como, visão, audição, cognição-memória, desenvolvimento. Alcançamos 100% nos três meses da intervenção, temos um total de 75, 171 e por fim 289 usuários avaliados.

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

Para a realização esta meta nós capacitamos as enfermeiras e técnicas de enfermagem que são as que fazem os acolhimentos, para os idosos que não precisavam passar por consulta com o médico elas fizeram esse exame e registraram nas fichas individuais. Logo, todos os idosos atendidos durante os três meses da intervenção realizaram o exame clínico apropriado em todas as consultas, sendo, esta meta 100% em todos os meses. No primeiro mês foram 75, no segundo mês foram 171 e no terceiro 289.

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

A realização de exames complementares como hemograma, glicose, funcionamento renal e hepático, urina, entre outros, em dia é um indicador para o controle de doenças crônicas como a diabetes mellitus ou hipertensão. Com relação aos idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia, alcançamos 100%, em todos os meses da intervenção, sendo 50, 110 e 164, respectivamente.

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

O número total de pessoas com 60 anos ou mais com prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada, em cada mês da intervenção foi, respectivamente, 70 (93,3%), 130 (76%) e 184 (63,7%), os demais não tem prescrição porque não (são aparentemente sano, pegam na unidade ou financeiramente não precisam).

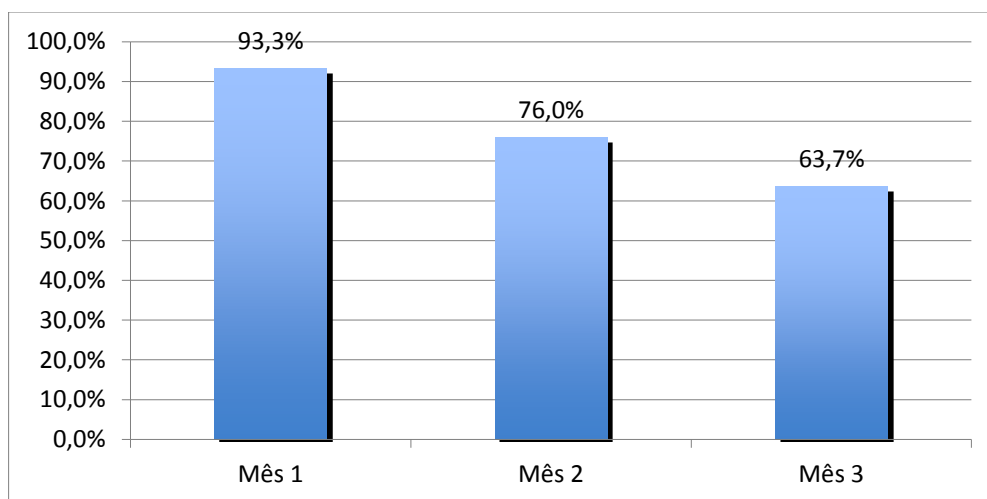


Figura 3 - Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada na unidade de saúde São Bento/RS, 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPEL, 2015.

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

Todos os idosos acamados ou com problemas de locomoção foram cadastrados alcançando 100% com um total de 32, 33 e 33 idosos nos três meses

respectivamente. Foram cadastrados todos os idosos acamados por meio de visitas domiciliares, possível pelo trabalho iniciado por mim e os ACS.

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

Todos os idosos acamados ou com problemas de locomoção receberam visitas domiciliares alcançando 100% nos três meses de intervenção (32, 33, 33) o resultado foi possível pela organização inicial do projeto e contamos com transporte.

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

Em todos os idosos que chegavam à unidade era feita a medição da pressão arterial pela enfermeira ou técnicas de enfermagem. Logo, esta meta foi 100% nos três meses da intervenção (75, 171, 289). A verificação da pressão é realizado como rotina da atenção adequada, em cada consulta, vista domiciliar, conversas nos grupos de fumantes, amigos da balança e idosos.

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

No primeiro mês 50 (100%) idosos hipertensos foram rastreados para diabetes, no mês 2 foram 102 (93,6%) e no mês 3 136 (83,4%). Foi alcançado devido a uma ATENÇÃO adequado. O 100% ao parecer não foi alcançado PORQUE JÁ tem diagnóstico em o primer mês 13 idosos são reavaliados em o mês 3.

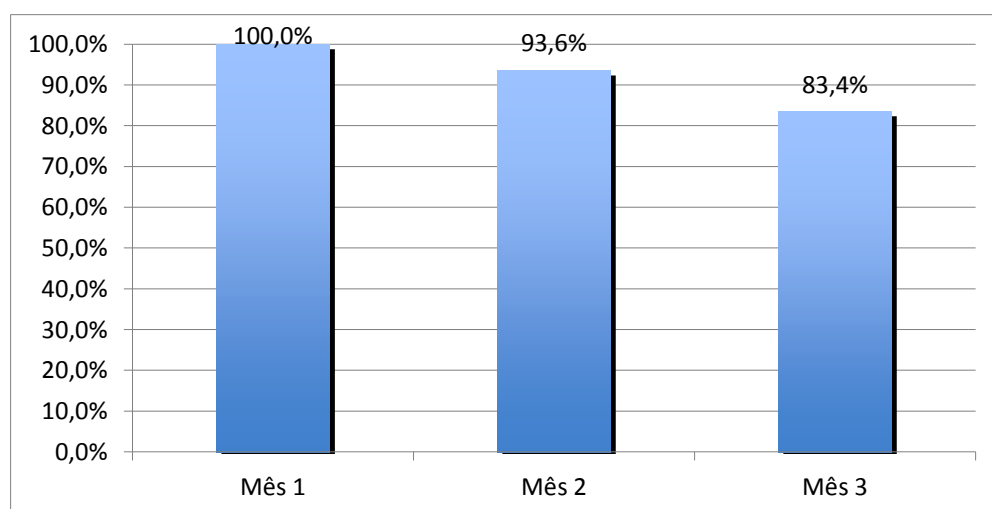


Figura 4 - Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes na unidade de saúde São Bento/RS, 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPEL, 2015.

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

Na intervenção, nem todos os idosos foram avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico, representando ao final 99% ou seja, 286 usuários, os que não foram avaliados foi porque não quiserem o atendimento.

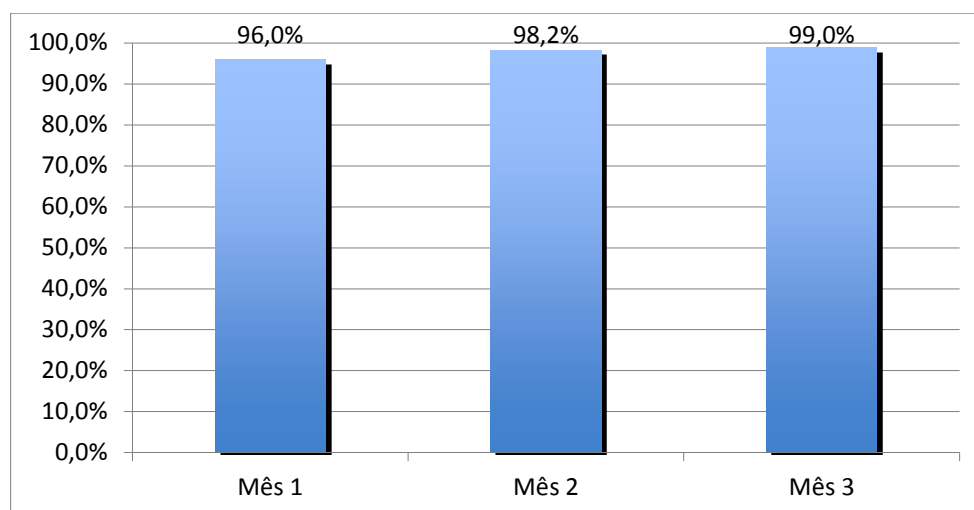


Figura 5 - Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na unidade de saúde São Bento/RS, 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPEL, 2015.

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

A proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática alcançou 15,2%, 7, 1 mês, 10 e 44, resultado negativo, pois só tem 20 horas de atendimento e a população não tem como cultura esse tipo de atendimento.

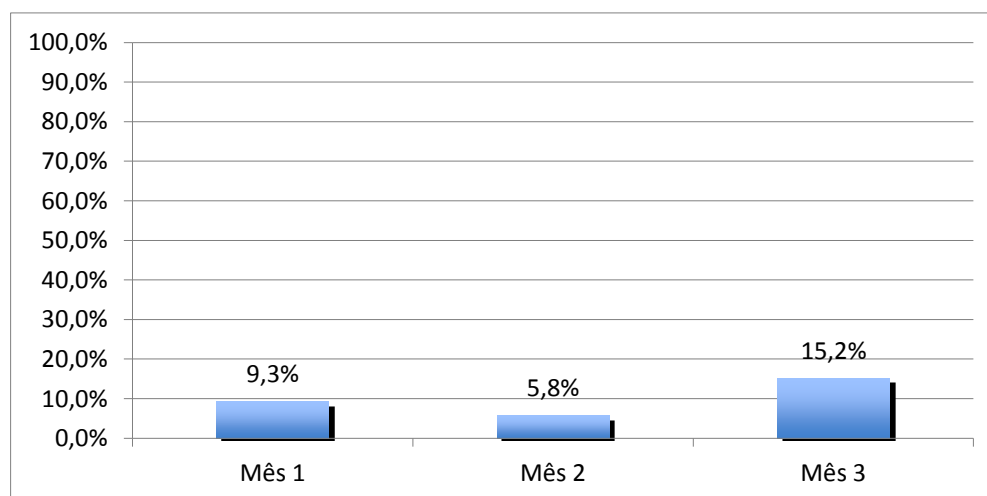


Figura 6 - Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática na unidade de saúde São Bento/RS, 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPEL, 2015.

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

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

Em todos os meses da intervenção, 100% dos idosos faltosos às consultas receberam busca ativa. Faltaram 5, 6 e 7 usuários, respectivamente, nos três meses da intervenção, os quais receberam busca ativa por as ACS, ligações aos familiares pela enfermagem.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

Nos dois primeiros meses da intervenção esta meta não foi cumprida satisfatoriamente porque não contávamos com avaliação social, odontológica, nutricionista.

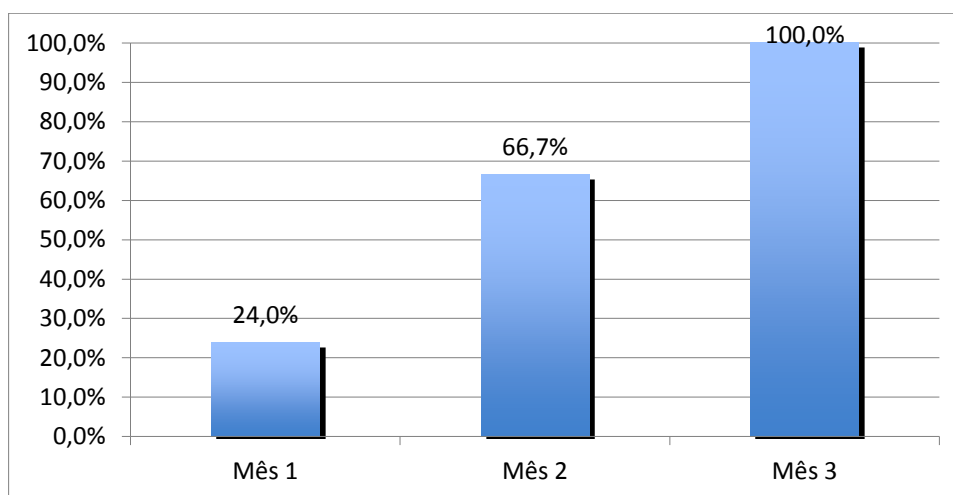


Figura 7 - Proporção de idosos com registro na ficha espelha em dia na unidade de saúde São Bento/RS, 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPel, 2015.

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

Foi entregue a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa aos 289 idosos acompanhados na intervenção alcançando 100% em todos os meses. Pois, já contávamos com o número necessário de cadernetas na UBS.

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

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

Apresentamos 100% dos idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia nos três meses da intervenção sendo 75, 171, 289 usuários, respectivamente, realizamos essa ação analisando seus antecedentes familiares, pessoal, com os prontuários e avaliação periódica da saúde dos idosos.

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

A fragilização na velhice é um tema importante, pois ajuda a evitar complicações que podem ser tratadas preventivamente. Todos os 289 (100%) usuários acompanhados foram avaliados no que diz respeito à fragilização na velhice. Foi realizada através dos atendimentos clínicos com interrogatório a eles e seus familiar, exame clínico completo e exames complementar.

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

Em relação à avaliação da rede social, com apoio da secretaria de assistência social, ACS e médico, temos um total de 254 idosos que representa 87,9% com esta avaliação, que foi realizada através dos atendimentos clínicos e visitas domiciliares. A proporção de idosos com avaliação de rede social em dia foi recuperando-se ao longo da intervenção, infelizmente não alcançamos 100% devido à redução das semanas da intervenção.

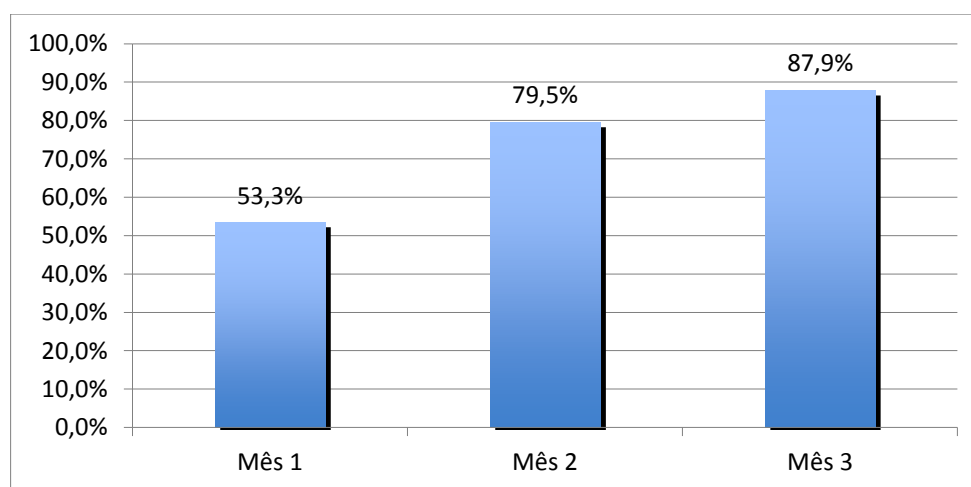


Figura 8 - Proporção de idosos com avaliação da rede social em dia na unidade de saúde São Bento/RS, 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPEL, 2015.

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos

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

Promover a saúde dos idosos é muito importante para melhora sua qualidade de vida e da família por isso 100% dos idosos, receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis nos atendimentos clínicos e nos grupos, realizada em cada consulta, em conversas realizadas por a nutricionista e enfermagem.

Meta 6.2: Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos, em cada consulta e visita domiciliar explicamos a importância de esta atividade.

Meta 6.3: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados foi realizado em cada consulta e palestra feita por a odontóloga.

Buscamos alcançar bons resultados na atividade física com a formação do grupo de idosos, caminhadas, etc. também na higiene dos idosos com orientações feitas a família e cuidadores, banho diário, higiene pessoal e de sua casa, etc.

A equipe se esforçou para alcançar as metas propostas no início da intervenção, eu iniciei o projeto com a preparação da equipe antes do início do projeto acredito que o motivo do comprimento dos indicadores foi proveniente do esforço da equipe, de minha previsão numa organização adequada de acordo a nossa realidade. Embora o meu período de férias atrapalhasse um pouco a continuidade do trabalho, a falta das ACS em 2 micro áreas, a distância das micro áreas da unidade e a falta de transporte pra as visitas domiciliares, além disso o redução de 16 para 12 semanas da intervenção. Mesmo assim damos continuidade a intervenção e agora estamos, para avaliar os resultados reunimos a equipe, e estamos certo de que vamos continuar avançando para melhoria da qualidade da atenção aos idosos, logramos um acolhimento com mais qualidade e estimular o acompanhamento deles pelos filhos, e demais familiares, e cuidadores. Buscou-se a formação do conselho municipal dos idosos, a integração dos profissionais da assistência social, educação e o mais importante a integração da família-comunidade-unidade de saúde para dessa forma dá continuidade às ações na rotina do serviço.

4.2 Discussão

A intervenção, em nossa unidade básica de saúde (USF), propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos idosos, a melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para a ampliação em número ao dia das consultas, sua qualidade, com exame clínico adequado (pulsos, exame dos pés dos

diabéticos, avaliação para a classificação de risco). Rastreamento das enfermidades crônica não transmissível (hipertensão, diabetes, Hipercolesterolêmica). Indicação de exames complementares apropriado para rastreamento de diabetes mellitus, avaliação nutricional, da assistência social, odontológica e vacinas em dia.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde de acordo com os protocolos de atendimento aos idosos. Esta atividade promoveu o trabalho integrado da equipe (médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem, recepção e odontólogo), comunidade e gestores. Cada membro da equipe fez as ações que o correspondia, as ACS com o cadastro, na recepção com a toma de dados gerais de cada idoso e acolhida adequada, a técnica de enfermagem com um acolhimento humanizado, verificação das vacinas e a enfermagem cumprimentando o acolhimento, esclarecimento de dúvidas, acompanhamento as visitas domiciliar, o médico com a consulta de qualidade, escutar, olhar pra os usuário e fazer exame clínico com a indicação de os exames necessários em caso de que o precisarem. Todas estas ações acabou tendo um impacto em as atividades do serviço, aumento a dinâmica e a forma de atendimento com um aumento também em o número das consultas dos idosos, acompanhamento da família em alguns casos, o inteireis da família em o seguimento dom idoso, obrigo aos membros da equipe a aumentar sua preparação pra oferecer um melhor atendimento.

Antes da intervenção a unidade de São Bento e de uma UBS com atendimento só de 20 horas, as atividades de atenção aos idosos eram concentradas na consulta do médico, troca de receitas aos usuários com doenças crônicas e indicação de exames complementar de rotina sim eram solicitados às visitas eram feitas só pôr as ACS. A intervenção mudou a forma de atendimento, as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas, incluindo aos idosos (38 horas com as vistas domiciliar). A melhoria do registro viabilizou a otimização da agenda para a atenção à os idosos e aumento o número da demanda espontânea. A classificação de risco dos idosos com avaliação Multidimensional rápida tem sido crucial para determinar o grau da fragilidade e apoiar a priorização do atendimento dos mesmos.

O impacto da intervenção já e percebido pela comunidade. Os idosos demonstram satisfação com a prioridade no atendimento, a diferença e a forma das consultas, o tempo delas (são escutados, examinados e compreendidos), as visitas

domiciliares feitas pela equipe aos acamados e aos deficientes, não gera insatisfação na sala de espera entre os outros membros da comunidade porque as consultas são feitas por agendamento, os que desconhecem o motivo desta priorização, se explica toda a população tem o direito de agendar sua consulta. Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos idosos que não tem atendimento pelo SUS, mas por médicos particulares.

A intervenção poderia ter iniciado 2 meses antes com o cadastro real feito por ACS e verificação do médico, junto ao cadastro a capacitação dos profissionais, realizando a análise situacional da unidade discutindo as atividades que devem ser desenvolvidas com a equipe. Também faltou uma articulação com a comunidade para explicar os critérios para priorização da atenção, o apoio matricial dos gestores de forma mais direta e integral, ter participação ativa não passiva e discutir a melhor maneira de programar isto. O tempo da intervenção seria respeitado pra que seja feito com a qualidade em correspondência com a realidade. Agora que estamos no fim do projeto, percebo que a equipe está integrada, porém, como vamos incorporar à intervenção as rotinas do serviço terão condições de superar algumas das dificuldades encontradas. Pra fazer a viabilidade de incorporar à intervenção a rotina do serviço às melhorias pretende fazer da intervenção, estimular a equipe com o exemplo próprio da importância que tem não só o atendimento dos idosos, também pra os outros projetos que devem ser implementados em a unidade, que estão sendo feitos pôr os demais colegas pra melhorar a saúde de povo brasileiro.

A intervenção será incorporada a rotina do serviço. Para isto, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação a necessidade da atenção dos idosos, em especial os de alto risco e a importância de seu acompanhamento por algum membro da família, o cuidador. Continuar com a planilha coleta de dados pra ter o controle das informações e assim melhora a estadística da unidade e os indicadores de forma certa.

A partir do próximo mês, continuaremos com a implementação do projeto já em nossa unidade, contamos com as cadernetas dos idosos, a capacitação dos profissionais, a programação da primeira consulta odontológica a consulta com a nutricionista, só queda continuar com o trabalho e incorporar os outros projetos a na rotina da unidade.

5 Relatório da intervenção para gestores.

Prezados Gestor

Capacitamos a equipe no acolhimento aos idosos e ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço e para a Política Nacional de Humanização. A capacitação e o treinamento e feito pelo médico da Unidade e enfermeira. Logramos ajudada dos grupos de profissionais responsáveis pela atenção dos idosos da secretaria da Saúde, feita em reuniões, em visitas domiciliar, palestras com os cuidadores também para o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pela ESF, registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas, solicitação de exames complementares, orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, os ACS para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência. A capacitação e feita por o grupo da atenção os idosos da secretaria da saúde municipal e utilizar o material disponível, protocolos, bibliografia utilizada em nosso trabalho.

Com a organização e cumprimento de cada ação logramos a melhoria da atenção dos idosos com consultas de qualidade, humanizada e Profissional, seu acompanhamento foi mais responsável por parte de cada profissionais, com acolhimento adequado por sua família e cuidadores de acordo as orientações fornecidas por o medico, enfermagem, técnica e ACS, através de conversas e grupos.

As visitas domiciliar se realizarem com muita dificuldade por a falta de transporte mais logramos o atendimento de cada idoso acamado o com problemas na locomoção, periodicamente, algumas a pé, e realizamos também as visitas a outros idosos que requeriam em algum momento uma vista sempre em equipe. Para a realização do projeto utilizamos no Caderno de Atenção Básica nº 28 – Saúde do Idoso (Brasil, 2011) e o Caderno de Atenção Básica, n. 28, Volume I. Brasília – DF 2013. Além da entrega das cadernetas, conversar com a demais secretarias (assistência social) se buscou os resultados de nosso trabalho, agora para alcançar maiores resultados são necessárias mais visitas domiciliares (falta de transporte), uma agente de saúde para área de cobertura, aumentar 20 horas de atendimento odontológico.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade.

Prezada Comunidade

O mais importante é que o atendimento melhorou a qualidade não só das consultas também das visitas domiciliares que eram feitas só por as ACS e com o projeto se inicia as visitas por uma equipe de trabalho, médico, enfermagem, técnica de enfermagem em ocasiões, ACS (acolhimento-escuta-interrogatório e exame físico, exames complementares, educação para a saúde) também logramos eliminar as grandes filas para pegar as fichas, a perda de tempo das pessoas que trabalham, com a realização do acolhimento com qualidade foi logrando-se aumentar dia a dia a incorporar ao rotina do serviço nosso projeto ganhando assim a comunidade uma melhor atenção de sua saúde por o que não existiu a restrição das demais atividades tais como atenção as crianças, Hipertensão, odontologia, pré-câncer, demanda espontânea demonstrando que esta ação programática é importante em qualquer contexto da atenção primária da saúde porém que sempre tem seu início na comunidade.

Atualmente, são desenvolvidas ações de promoção em saúde, tais como: Formação de grupos de hipertensão, diabetes, obesidade (amigos da balança), fumantes, grupo na medicina tradicional, todos iniciados a partir do grupo de idosos. Além disto, são realizadas palestras de temas de interesse para os grupos (alimentação saudável, uso adequado do medicamento, medicina tradicional, orientação sobre atividade física e outros).

O total da população da área adstrita é de 4.036 usuários a população alvo de minha área adstrita é de 397, no entanto, apenas 229 estão cadastrados, o que representa 72% logrou cumprir a cobertura do atendimento aos idosos, pois logramos um atendimento de 289 idosos de 229 cadastrados por as ACS ao início do projeto, incorporar idosos que não tinham atendimento a sua saúde por ninguém.

Realizamos conversas de forma individual e coletiva sobre a importância do projeto não só para os idosos também para demais membros da comunidade desde as crianças até os próprios idosos que faz um aumento significativo da autoestima de cada pessoa e preparam assim aos futuros idosos, com o acolhimento de qualidade, as conversas o dia a dia e com um trabalho humanizado logramos a

conscientização da comunidade sobre a importância da incorporação do projeto ao serviço, esclarecendo 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. Ambas as ações serão feitas com: Cartazes, panfletos, em grupos e pessoa a pessoa com cada família que se realizem visitas domiciliares e que assista a consulta. Orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável.

Os pontos positivos são tanto em qualitativos como quantitativos porque aumentamos o número de consultas de 7 a 20 ou mais, as horas de 20 horas a 32, uma consulta de nutricionista na manhã e grupo amigos da balança de tarde na segunda-feira, atendimento odontológico aos idosos (2 turnos quinta e sexta-feira), em quanto a qualidade as consultas tem exame físico apropriado, indicação de exames complementar de acordo a cada paciente, suas necessidades para seu diagnóstico o doença crônica, escuta interrogatório, exame físico, são os pilares das consultas logrando-se assim que a comunidade aceite nosso trabalho e que ela ganhe uma melhor atenção.

Agora para continuar desenvolvendo as ações, é necessário o apoio da comunidade, que seja mais organizada não só para os idosos, mais também para toda a comunidade. A nossa equipe agradece a todos os usuários o apoio em 3 meses em que realizamos a intervenção.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Ponto muito importante do projeto, pois as expectativas do curso são cumpridas e superadas algumas, no início do curso apresentei muitos problemas pelo desconhecimento do idioma, informática e dos protocolos fornecidos pelo Ministério da Saúde do Brasil, porque existe uma diferença muito grande entre os protocolos brasileiros e nosso sistema de atenção, não existem as filas com um grande número de pessoas esperando por ser atendidos e existe uma medicina secundária que permite e apoia a medicina familiar. Meu desconhecimento da área atendida, também foi uma dificuldade, mas com apoio de meus colegas cubanos, minha orientadora e com muito interesse e esforço pude continuar com o curso e chegar até aqui, tive um melhor desenvolvimento nas consultas, com maior desempenho da prática clínica, aumento do conhecimento da língua portuguesa (ainda não tenho um excelente desenvolvimento) mais entendo os usuários, forneço às orientações e indicações necessárias, me obrigo a fazer um estudo diário para poder ter um melhor desempenho não só com os usuários, como também com a equipe que não apresentava conhecimento certo da medicina familiar, seus protocolos, sua importância para uma melhor atenção da população, espero continuar meu aprendizado para dar uma atenção com a qualidade a cada usuário e que esta experiência sirva para que a medicina familiar brasileira continue por o caminho certo.

Referências

1. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica Cadernos de Atenção Básica-n. 0 19. Série A. Normas e Manuais Técnicos. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília - DF 2006. (págs. 20-23, 27, 30-37, 41-43, 48, 50, 55, 67, 71,80, 101, 108,125.)
2. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica, n. 28, Volume I**. Brasília – DF 2013. (20-22, 32, 35, 37,45).
3. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12. Brasília – DF. 2010. (pág. 7, 8,10 e 11).

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo B - Planilha de coleta de dados

2015_03_10 NOVA Coleta de dados Idosos [Modo de Compatibilidade] - Excel

Indicadores de Saúde do Idoso - Mês 1									
Dados para coleta	Número do idoso	Nome do idoso	Idade do idoso	O idoso está com a Avaliação Multidimensional Rápida em dia?	O idoso está com exame clínico apropriado em dia?	O idoso é hipertenso e/ou diabético?	O idoso hipertenso e/ou diabético está com solicitação de exames complementares periódicos em dia?	O idoso está com prescrição de medicamentos prioritariamente pela Farmácia Popular?	O idoso está com ou tem problema de locomoção?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de idosos cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	1								
	2								
	3								
	4								
	5								
	6								
	7								
	8								
	9								
	10								
	11								

Apresentação | Orientações | Dados da UBS | **Mês 1** | Plant | Mês 2 | Mês 3 | Mês 4 | Indicadores

15:28 06/09/2015

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

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

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

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;

4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;

5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;

6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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