

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

Especialização em Saúde da Família

Modalidade a Distância

Turma 5



Trabalho de Conclusão de Curso

Melhoria da atenção à saúde do idoso na UBS Vila Acre, Rio Branco/AC

Ernesto Veitia Salazar

Rio Branco, 2015

Ernesto Veitia Salazar

Melhoria da atenção à saúde do idoso na UBS Vila Acre, Rio Branco/AC

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

Orientador: Maria Emilia Nunes Bueno

Rio Branco, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

S161m Salazar, Ernesto Veitia

Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS Vila Acre, Rio Branco/AC / Ernesto Veitia Salazar; Maria EmiliaNunes Bueno, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

68 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. Bueno, Maria EmiliaNunes, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedicatória

A Equipe Básica de Saúde Vila Acre, a liderança do bairro e comunidades da área da abrangência de nossa unidade de saúde, que foram os protagonistas na realização desta intervenção.

Agradecimentos

Em agradecimentos a Maria Emília Nunes Bueno, por sua ajuda e apoio no desenvolvimento na conclusão do curso, obrigado por suas orientações, foi possível conseguir a conclusão deste, obrigado mesmo por sua paciência.

Resumo

SALAZAR, Ernesto Veitia. **Melhoria da atenção à saúde do idoso na Unidade Básica de Saúde Vila Acre, Rio Branco. Acre.** 2015. 68f. 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.

No Brasil estima-se que tem atualmente cerca de 17,6 milhões de idosos e para o ano de 2050, a expectativa, como em todo o mundo, é de que existirão mais idosos que crianças abaixo de 15 anos. A Estratégia de Saúde da Família trabalha com práticas interdisciplinares desenvolvidas por equipes que se responsabilizam pela saúde da população a ela adscrita e na perspectiva de uma atenção integral humanizada, considerando a realidade local e valorizando as diferentes necessidades dos grupos populacionais. Assim realizamos uma intervenção com o objetivo de melhorar a atenção à saúde do idoso na Unidade Básica de Saúde Vila Acre no município de Rio Branco, a qual foi desenvolvida em um período de 12 meses. A ação programática abordou quatro eixos pedagógicos: organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, qualificação da prática clínica e engajamento público. A Unidade Básica de Saúde conta com uma população de 5.000 habitantes, composta por duas equipes de trabalho, mas foi desenvolvida por uma equipe sendo destes 138 idosos, dos quais 100% foram cadastrados durante o período da intervenção. Somado ao cadastramento, também desenvolvemos ações que impactaram na qualidade do atendimento desta população, como por exemplo, a avaliação multidimensional rápida, exame clínico apropriado em dia, prescrição de medicamentos a todos os idosos que necessitavam e informamos a eles e a comunidade da existência de medicamentos e como adquiri-los. Foram feitas visitas domiciliares pela equipe aos idosos acamados ou com dificuldades de locomoção, além de cadastrá-los. Foi possível avaliar a realidade pontual de cada usuário, identificando outros problemas que seria impossível saber caso não fossemos até aos domicílios. Avaliamos condições de cuidados dos familiares e responsáveis, situação individual e condição limitante para a locomoção. Também foi aferida a pressão arterial sistêmica e glicemia capilar, fundamentalmente em aqueles idosos que já tinham a condição de hipertensos, assim conseguimos identificar a concomitância destas duas doenças e como devíamos proceder para o seu acompanhamento. Tratando a avaliação odontológica como parte dos cuidados integrais à saúde do idoso, avaliamos 100% dos idosos cadastrados no programa. A procura pelos idosos faltosos em consulta foi realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde em 100%. O registro na ficha espelho foi realizado a 100% dos idosos. Quando começamos as atividades, houve falta de cadernetas da pessoa idosa, fator externo que numa semana atrapalhou o desenvolvimento das atividades, mas que foi resolvido após contatos com os responsáveis da área técnica da saúde do idoso da Secretaria Municipal de Saúde. A avaliação de risco para morbimortalidade em dia esteve em relação às outras ações como, por exemplo, as atividades de consulta médica. Todos os 138 idosos foram avaliados e identificados em cada um deles o risco específico. Realizaram-se palestras para ensinar como evitar acidentes domésticos e como identificar riscos em casa. Consideramos que foi uma intervenção bem sucedida, principalmente por haver uma coesão da equipe, uma inter-relação com a liderança do bairro, bem como a participação da população nas atividades desenvolvidas, a busca de soluções aos problemas assim como o apoio da Secretaria Municipal de Saúde.

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

Lista de Figuras

Figura 1: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde Vila Acre, Rio Branco/AC.	50
Figura 2: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados na unidade de saúde Vila Acre, Rio Branco/AC.....	52
Figura 3: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática na unidade de saúde Vila Acre, Rio Branco/AC.....	54

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos.

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária de Saúde
CAPS	Centro Atenção Psicossocial
DTS	Doença de Transmissão Sexual
DM	Diabetes Mellitus
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
GI	Grupo de Idoso
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
SEMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
URAP	Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
VD	Visita Domiciliar

Sumário

1	Análise Situacional.....	10
1.1	Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2	Relatório da Análise Situacional.....	10
1.3	Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	16
2	Análise Estratégica	18
2.1	Justificativa.....	18
2.2	Objetivos e metas.....	19
2.2.1	Objetivo geral	19
2.2.2	Objetivos específicos e metas.....	19
2.3	Metodologia.....	21
2.3.1	Detalhamento das ações.....	21
2.3.2	Indicadores.....	36
2.3.3	Logística.....	43
2.3.4	Cronograma	45
3	Relatório da Intervenção.....	46
3.1	Ações previstas e desenvolvidas	46
3.2	Ações previstas e não desenvolvidas	49
3.3	Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	49
3.4	Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	49
4	Avaliação da intervenção.....	50
4.1	Resultados	50
4.2	Discussão.....	56
5	Relatório da intervenção para gestores	58
6	Relatório da Intervenção para a comunidade	61
7	Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	63
	Referências	64
	Anexos	65

Apresentação

O presente trabalho é parte das atividades desenvolvidas no curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade à distância, através da Universidade Aberta do SUS, na Universidade Federal de Pelotas.

Este volume abrange as seguintes partes:

1- Análise situacional, na qual é realizada a análise e descrição da unidade básica de saúde, incluindo a comparação da estrutura física, das atribuições dos profissionais e das atividades de controle social e educação em saúde com o marco legal e também a análise do processo de trabalho envolvido no atendimento à demanda e na atenção às ações programáticas.

2- Análise estratégica – Projeto de intervenção, seção a qual é definido o projeto de intervenção sobre a melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa da comunidade adstrita, onde são definidos objetivos, metas, ações necessárias em cada eixo – Organização e Gestão do Serviço, Monitoramento e Avaliação, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica - para atingir as metas.

3- Relatório da intervenção que aborda sobre as ações que foram realizadas, o que precisou ser feito para colocá-las em prática, o que foi modificado do projeto, o número de usuários que envolveram qual a participação dos diversos membros da equipe, as dificuldades encontradas para a realização da intervenção, explicações referente às dificuldades, além de sugestão de alterações necessárias à melhoria da intervenção segundo a realidade da UBS.

4- Avaliação da intervenção, etapa que aborda sobre a avaliação dos resultados alcançados; o atingimento das metas; a adequação das ações, registros e instrumentos de coleta de dados; o efeito da intervenção na unidade básica de saúde, na equipe, nos usuários do serviço e na população-alvo.

5- Relatório da intervenção para os gestores.

6- Relatório da intervenção para a comunidade.

7- Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem, abordando sobre o desenvolvimento do meu trabalho no curso em relação as minhas expectativas iniciais, o significado do curso para minha prática profissional e os aprendizados mais relevantes decorrentes do curso.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A Unidade Básica de Saúde a qual atuo está localizada em uma zona urbana no município de Rio Branco/Acre. Atende uma população de 5.000 habitantes composta por duas equipes que conseguem cobrir sem dificuldades. A estrutura física é composta por um consultório médico, uma sala para a secretária, onde estão os arquivos, uma sala para a realização de curativos e outra para a vacinação e uma cozinha onde os medicamentos disponíveis são estocados para a distribuição aos usuários.

Trabalhamos entre duas equipes de saúde que contam com 20 agentes comunitários de saúde (ACS), uma enfermeira, duas auxiliares de enfermagem e duas de higienização. Não contamos com farmacêutica e recepcionista. Realizamos visitas domiciliares semanalmente com os ACS. Toda a sexta-feira é realizada reunião de equipe para o planejamento do trabalho.

Prestamos atendimento para uma média de 30 usuários diariamente, ainda por agendamento por ordem de chegada, o que gera filas a partir da madrugada na porta da UBS. Estamos nos organizando para agendar as consultas àqueles usuários que não conseguem acesso facilitado à UBS para o horário após 10h30minh. A estratégia de saúde da família no meu posto funciona bem e nós contribuimos para desenvolvê-la melhor.

1.2 Relatório da Análise Situacional

A Unidade Básica de Saúde Vila Acre fica instalada na zona rural do município. Atende uma população de 5000 habitantes, com duas equipes de trabalho, as quais conseguem cobrir sem dificuldades. Trabalhamos em uma unidade com a infraestrutura necessária ao funcionamento, dotada com recursos

materiais, equipamentos e insumos suficientes. A Estrutura física da UBS está composta por uma recepção pequena, a qual comporta uma média de 15 pessoas na sala de espera. Não possui sala de reuniões, os consultórios médicos não possuem banheiro e pia para a higienização das mãos, a sala de vacinas é muito pequena e possui também uma sala de curativos. Não existe sala de nebulização, a sala de farmácia é pequena, adequada para seu funcionamento. Existe apenas um banheiro na unidade para todas as pessoas, com difícil acesso àqueles que necessitam utilizar cadeiras de rodas. A unidade conta também com uma copa, depósito para material de limpeza, sala de recepção, lavagem e descontaminação de material. Não há abrigo para dejetos sólidos e também não contamos com sala para os ACS.

Os diferentes ambientes apresentam janela e ventilação indireta que possibilitam a circulação de ar em todos os espaços, conseqüentemente boa iluminação natural na sala de espera e nas demais salas têm iluminação artificial. Todas as paredes e pisos são lisas, lavável, os pisos das diferentes salas são de superfície regular, estável e antiderrapante. Não existe sala para coleta de análises clínicas, as portas estão revestidas de material lavável, as janelas são de madeira, os lavatórios não possuem torneiras com fechamento que dispense o uso das mãos, os armários são de superfície lisa de fácil limpeza. Existe sinalização visual dos ambientes que permite a comunicação a traves dos textos. O consultório tem condições de realizar atendimentos em mesa de escritório com usuário e acompanhante sentados e uma mesa de exames clínicos.

Os prontuários são arquivados por ACS. Não existe sistema de reposição de mobiliário. A calibragem de aparelhos e balanças é feito através dos gestores municipais. O prédio da UBS não é adequado para o acesso de pessoas portadoras de deficiências físicas. A porta de banheiro não permite o acesso de usuários de cadeiras de rodas, não existem cadeiras de rodas na unidade, as cadeiras da sala de espera são adequadas para o local de atendimento.

Temos também equipamento e instrumentais suficientes e em condições satisfatórias. Temos antropômetro e balança de adultos e crianças, autoclave, espéculos vaginais, estetoscópio, estetoscópio de Pinard, geladeira exclusiva para vacina, mesa ginecológica, glicosímetro, otoscópio, sonar, negatoscópio em todas as consultas médicas, em condições satisfatórias. Um belo consultório odontológico, equipado. Dois computadores que estão na sala de administração e

enfermeira, também tem uma impressora em boas condições. Não temos internet, nem temos prontuários eletrônicos, se trabalha mais com as fichas individuais onde se preenchem os dados no momento da consulta. Os agentes comunitários de saúde têm disponibilidade e suficiência de materiais e equipamentos necessários à realização das atividades na área de abrangência da UBS. As vezes são disponibilizados meios de locomoção para o deslocamento dos ACS nas áreas. As ambulâncias são acionadas quando se precisa.

Também fazem manutenção e reposição destes equipamentos através dos gestores municipais, conforme a calibragem de aparelhos e balanças. Concordo com meus colegas médicos que o abastecimento de materiais e insumos não tem muitas dificuldades e são feitos em dependência das necessidades Unidade de Saúde. Possuímos alguns medicamentos que os usuários pegam da farmácia popular, como os de doenças crônicas. Não temos laboratório clínico, mas bem perto fica a URAPI, na qual se realiza os exames conforme a demanda da população.

Similarmente a muitos lugares do Brasil, nossa população é carente e enorme, necessitando de muitos cuidados, tanto que atendemos uma média de 30 usuários/dia. Infelizmente para receber atendimento os usuários precisam fazer filas de madrugada. Diante do exposto é nítido que ainda há muitos problemas a ser contornados nesta unidade de saúde, prioritariamente estamos organizando o sistema para marcações de consultas agendadas.

Temos uma carga horária de 40 horas semanais e o horário de funcionamento da unidade é das 7h às 12h e a tarde de 14h às 17h. Trabalhamos entre duas equipes de saúde que contam com 20 agentes comunitários de saúde (ACS), uma enfermeira, duas auxiliares de enfermagem e duas de higienização. Não contamos com farmacêutica e recepcionista. Realizamos visitas domiciliares semanalmente com os ACS. Toda a sexta-feira é realizada reunião de equipe para o planejamento do trabalho. Como a Unidade fica em um lugar bem estratégico, pessoas de muitos lugares vem em busca dos nossos serviços, por isso fazemos muitos atendimento de fora de área.

Em nossa UBS temos bem definido as atribuições dos integrantes da equipe de saúde da família, são profissionais inseridos na saúde pública há muitos anos, trabalham juntos há muito tempo, predominando o trabalho em equipe. Fazem a identificação de grupos, famílias, indivíduos expostos a riscos, identificação de

grupos de agravos (Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Tuberculose, Hanseníase, etc.) e busca ativa de usuários faltosos às ações programáticas e/ou programas existentes. Sempre avaliamos o que precisa mudar e sobre como agir para promover a mudança. Em nossas reuniões participam todos os que trabalham na UBS (médico, enfermeiro Técnico/auxiliar de enfermagem e ACS).

Os cuidados em saúde à população da área de abrangência são realizados no domicílio, nas escolas, na associação de bairro, em igrejas ou outro espaços comunitários. Fazemos levantamento dos usuários moradores da área de abrangência que necessitam receber cuidado domiciliar (curativo, nebulização, orientações, educação em saúde e cuidados de saúde), acompanhamento de problema de saúde (revisão), verificar a pressão, consulta médica, consulta de enfermagem ou de outro profissional de saúde, vacinação ou entregar medicamentos e busca ativa de doenças e agravos de notificação compulsória. Realizamos atendimentos de urgências / emergências que depois são encaminham a outros níveis do sistema respeitando fluxos de referência e contra referência.

Quanto à saúde da criança, temos um total de 40 crianças menores de um ano na área de abrangência, com uma cobertura de 100%. No entanto apenas 28 (70%) delas estão com a consulta em dia conforme o protocolo do Ministério da Saúde; 12 (30%) estão com atraso na consulta há mais de sete dias. O teste do pezinho e triagem auditiva foi realizado em 100% das crianças, no entanto a primeira consulta até os sete dias de vida é realizada somente para 28 (70%) crianças. Realizamos para 100% das crianças o monitoramento do desenvolvimento e crescimento na última consulta a avaliação de saúde bucal, as vacinações em dia, as orientações para o aleitamento materno exclusivo e sobre a prevenção de acidentes.

O pré-natal é acompanhado pela enfermeira e pelo médico conforme os protocolos do Ministério da Saúde. A estimativa do caderno das ações programáticas é de que há 30 gestantes na área de abrangência da unidade, sendo destas, 23 acompanhadas atingindo uma cobertura de 77%. Quanto aos indicadores de qualidade, temos 87% (20) das gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre de gestação; 100% das gestantes estão com os exames, consultas e vacinas em dia de acordo com o protocolo; com prescrição de sulfato ferroso e ácido fólico, e orientações sobre o aleitamento materno. Acredito que a qualidade da atenção ao pré-natal e puerpério na UBS é de excelente qualidade. A enfermeira

trabalha com esta população a mais de 5 anos, conhece a maioria da população e trabalha em conjunto com os agentes comunitários de saúde (ACS). Uma das ações desenvolvidas é referente às orientações sobre os contraceptivos, incentivando o planejamento familiar, evitando a gravidez em adolescentes, oferecendo anticoncepcionais e testagem das doenças da transmissão sexual. Este é um trabalho que fazemos todos os dias. Com a gestante o objetivo é desenvolver um ótimo acompanhamento pré-natal que garanta um parto tranquilo e a qualidade de vida do recém nascido. Realizamos também como rotina a busca ativa das gestantes faltosas. Buscamos as gestantes que ainda não tem consulta com dentista e orientamos sobre importância da avaliação de saúde bucal, mas nossos índices ainda são baixos referentes à consulta odontológica (44%) porque não contamos com o odontólogo na unidade.

As atividades educativas se realizam por meio do grupo de gestantes, puerperais e lactantes, abordando principalmente o incentivo ao aleitamento materno, ao parto normal e aos hábitos saudáveis de vida; a importância do acompanhamento pré-natal, da consulta de puerpério e do planejamento familiar; os direitos da gestante e do pai; os riscos do tabagismo, do uso de álcool e de outras drogas; e o uso de medicações na gestação. A identificação de sinais de alarme na gravidez e o reconhecimento do trabalho de parto; também os cuidados com o recém-nascido.

As puérperas são avaliadas na primeira semana do parto e monitoradas sempre pelos os ACS, todas elas recebem orientações sobre os cuidados básicos do recém-nascido, sobre aleitamento materno exclusivo sobre planejamento familiar e todas são examinadas as mama, abdome, estado psíquico e ginecológico. Não conhecemos o total estimado de puérperas e a cobertura devido à ausência de registros específicos.

Quanto à prevenção do câncer de colo de útero, a estimativa do caderno das ações programáticas é de que há 421 mulheres na faixa etária entre 25 e 64 anos na área de abrangência da unidade, com uma cobertura de 86%. Quanto aos indicadores de qualidade, 58% (210) estão com o exame em dia, apenas 3% (12) estão com o exame com mais de seis meses em atraso e 2% (7) com o exame alterado. Mais de 50% das mulheres receberam as orientações sobre a prevenção do câncer de colo de útero, sobre DTS e com as amostras satisfatórias do exame coletado. A enfermeira realiza ações de educação em saúde periódica para o exame

preventivo do câncer do colo uterino. Além se realiza busca ativa das faltosas através do ACS.

Para o câncer de mama, a estimativa é de que há 100 mulheres na faixa etária entre 50 e 69 anos e uma cobertura de 56%. Destas, 61% estão com a mamografia em dia e 61% foram avaliadas para o risco do câncer de mama. Todas elas receberam orientações sobre a prevenção do câncer de mama durante as consultas ou visitas domiciliares. Enfrentamos a dificuldade na demora para a realização do exame, bem como para receber os resultados. Aquelas mulheres com resultados alterados são encaminhadas para o especialista e não se faz o acompanhamento desta mulher. Agora com o cadastramento estão sendo identificadas aquelas que não realizam ou têm atraso deste exame, orientando sobre a importância de realizá-lo.

Quanto à atenção ao portador de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), a estimativa é de que há 352 pessoas nestas condições na área, sendo que 214 (61%) estão em acompanhamento no serviço. Realizamos estratificação de risco cardiovascular, exames complementares periódicos em dia, orientações sobre atividades físicas regulares, alimentação saudável e avaliação de saúde bucal para 71% dos acompanhados. Apenas 27(13%) estão com as consultas em atraso em mais de sete dias. Quanto à atenção aos portadores de diabetes mellitus (DM), a estimativa é de que há 101 pessoas com esta patologia, com uma cobertura de 60%. Todos eles recebem estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, exames complementares periódicos em dia, exame físico dos pés nos últimos três meses, orientações sobre atividades físicas regulares, alimentação saudável e avaliação de saúde bucal. As consultas são agendadas a cada três meses.

Quanto ao atendimento às pessoas com 60 anos ou mais, o mesmo é realizado nas quintas-feiras, semanalmente com prioridade e bom acolhimento. A estimativa é de que há 138 idosos na nossa área de abrangência, sendo acompanhados 98 idosos, o que representava uma cobertura de 71%. Realiza-se exame físico completo, sempre observando a memória, a audição e os movimentos como um todo. São convidados a participarem das atividades em grupo, no qual se aborda sobre o câncer de boca, de mama, de útero, as doenças crônicas e as doenças sexualmente transmissíveis. Também abordamos temas como alimentação saudável, prática corporal/ atividade física, prevenção e controle do tabagismo, redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras

drogas, redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito, prevenção da violência e estímulo à cultura de paz, promoção do desenvolvimento sustentável.

Fazemos avaliação multidimensional rápida e avaliação de risco para morbimortalidade. Acredito que temos que captar mais idosos para a realização das consultas, para a maioria o acompanhamento e avaliação dos estados permanentes ou de longa permanência é em visitas domiciliares. Ficamos atentos a doenças que podem gerar um processo incapacitante, afetando a funcionalidade das pessoas idosas, ou seja, dificultando ou impedindo o desempenho de suas atividades cotidianas de forma independente. Ainda que não sejam fatais, essas condições geralmente tendem a comprometer de forma significativa a qualidade de vida dos idosos.

Durante as enchentes que ocorreram na nossa região este ano, procuramos realizar atividades de educação popular em saúde, a fim de evitar doenças como leptospirose, dengue, hepatites. A população foi mobilizada e participou de forma ativa nos trabalhos, realizando o controle de focos de vetores, bem como na busca de doentes e a procura de evacuar os que moravam em áreas alagadas ou de risco. As informações foram disponibilizadas para a população utilizando painel como boletins, carros com som, televisão locais e rádio. Os agentes em canoas recorriam o bairro.

Nas últimas semanas fizemos atividades com grupos de pré-natal e puericultura, idosos, buscas ativas de faltosos dos programas, acompanhamos usuários no domicílio, junto com outros setores da comunidade (escolas, igrejas, associação de bairro). Percebe-se a satisfação da comunidade quando recebem um trabalho prestado com qualidade, buscando a prevenção e educação em saúde. Acreditamos que com um trabalho em equipe com a participação comunitária, como estamos encaminhando nosso trabalho, é possível elevar a qualidade de vida de nossa população e assim melhorar os indicadores de saúde.

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

Na Unidade de Saúde Vila Acre num primeiro momento que inicie trabalhar o atendimento médico se realizava por agendamento por ordem de chegada, gerando filas a partir da madrugada na porta da unidade. O acompanhamento aos Programas de Saúde tinha uma cobertura baixa, só tinham acompanhamento às grávidas, as

crianças e os pacientes com doenças crônicas associadas como a Diabetes e Hipertensão Arterial. Depois da análise situacional, na reunião semanal da equipe tomando como referência os cadernos de ação programática conferido por o curso de especialização no atendimento aos grupos de pessoas, foram estabelecidas algumas estratégias com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção à população das comunidades das áreas abrangentes de nossa unidade de saúde. Realizou-se a identificação de grupos, famílias, indivíduos expostos a riscos, identificação de grupos de agravos (Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Tuberculose, Hanseníase, etc.). Fomos organizando um sistema para marcações de consultas agendadas, estabelecendo-se a programação para acompanhamento um dia na semana para cada um dos grupos. Além disso, foi estabelecido um dia de atenção pré-natal e da saúde da criança, consulta de usuários com HAS e/ou DM conjunta com atenção a saúde das pessoas idosas. Tudo isso foi comunicado a liderança do bairro, através deles foi estabelecido reuniões com as comunidades de nossa área de abrangência, permitindo a participação das comunidades nas atividades da unidade de saúde.

Foi feito um levantamento dos usuários moradores da área de abrangência que necessitam receber cuidado domiciliar (curativo, nebulização, orientações, educação em saúde e cuidados de saúde), acompanhamento de problema de saúde (revisão), verificar a pressão, consulta médica, consulta de enfermagem ou de outro profissional de saúde, vacinação ou entrega de medicamentos e busca ativa de doenças e agravos de notificação compulsória. A equipe atua com um novo enfoque de trabalho direcionado na medicina comunitária, realizando múltiplas ações de saúde em inter-relação com a liderança do bairro e a participação comunitária, utilizando os diferentes espaços como no domicílio, nas escolas, na associação de bairro, em igrejas, envolvendo a população em cada uma das atividades de nossa unidade de saúde. Nossa equipe ficou mais unida, mostrando-se no desenvolvimento das diferentes ações de promoção de saúde.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

Nos próximos 20 anos a tendência global é o aumento da população mundial de 6 bilhões de habitantes a 8 bilhões em 2020, sendo que 13.7% serão de idosos. No Brasil estima-se que tem atualmente cerca de 17,6 milhões de idosos e para o ano de 2050, a expectativa, como em todo o mundo, é de que existirão mais idosos que crianças abaixo de 15 anos (BRASIL, 2010).

Em 1994, o Ministério da Saúde adotou a Saúde da Família como uma estratégia prioritária para a organização da Atenção Básica e estruturação do sistema de saúde. A Saúde da Família trabalha com práticas interdisciplinares desenvolvidas por equipes que se responsabilizam pela saúde da população a ela adscrita e na perspectiva de uma atenção integral humanizada, considerando a realidade local e valorizando as diferentes necessidades dos grupos populacionais (BRASIL, 2010). Nossa Equipe de Saúde é responsável pela atenção da saúde de todas as pessoas idosas que estão na nossa área de abrangência, inclusive, aquelas que se encontram em instituições, públicas ou privadas.

Nossa Unidade Básica de Saúde fica no município de Rio Branco, estado do Acre, Bairro rural Bom Jesus. Nossa equipe está composta por médico, enfermeira, técnico de enfermagem, nove Agentes Comunitários de Saúde e não temos odontólogo, pois está afastada por motivo de saúde. Contamos com infraestrutura, recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes e necessários para o adequado funcionamento e o acesso de pessoas portadoras de deficiências físicas.

A população total é de 2.000 pessoas, sendo que temos um total estimado de 138 idosos cadastrados. A atenção da população idosa nesta Unidade de Saúde tem uma realidade bem perto do exigido, fazemos atividades de promoção de saúde todos os meses e temos atendimento priorizado nas consultas e visitas domiciliares.

Porém ainda é preciso aprimorar o cadastramento das pessoas maiores de 60 anos, já que foi muito difícil a coleta da informação, ainda temos micro áreas sem Agentes Comunitários e utilizamos somente os prontuários nesta coleta e os registros de trabalho diário.

A maior dificuldade é a avaliação da saúde bucal devido à falta de odontólogo, o que está em correspondência com o grande problema que apresenta nosso município em relação ao atendimento odontológico. Pretende-se resolver este problema neste tempo, a fim de melhorar a saúde bucal de nossos idosos, bem como avaliar os fatores associados à assistência domiciliar recebida pela população idosa e suas características em nossa área, segundo Modelo de Atenção Estratégia da Saúde da Família. Conhecer também a opinião da participação dos profissionais em sua atenção, a satisfação e situação de saúde depois do acompanhamento em nossa Unidade de Saúde a fim de envolver toda a equipe neste trabalho para que o mesmo sirva de modelo para futuras intervenções.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde dos idosos da UBS Vila Acre, Rio Branco/AC

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 ou com diagnóstico de hipertensão arterial 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% dos idosos.

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Vila Acre, no município de Rio Branco/AC. Participarão da intervenção 138 pessoas com 60 anos ou mais pertencentes a área de abrangência da USF.

2.3.1 Detalhamento das ações

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

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

Eixo Organização e Gestão do Serviço

Ações:

- ✓ Cadastrar todos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde, após atualizar as informações diariamente no SIAB.

Responsável: Esta ação será desenvolvida pela equipe de saúde durante todo o período da intervenção.

Eixo Monitoramento e Avaliação

Ações:

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

Responsável: Esta ação será feita por o médico, enfermeira e os Agentes Comunitários anotarão nos registros planilhas e prontuários dos idosos que estão acompanhamentos e os que ainda precisam se cadastrar.

Eixo Engajamento Público

Ações:

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

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

Responsável: Serão feito pelos médicos, ACS, enfermeira, em consultas, visitas domiciliar e em conversa na recepção.

Eixo Qualificação da Prática Clínica

Ações;

- ✓ Capacitar a equipe no acolhimento aos idosos.
- ✓ Capacitar os ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço.
- ✓ Capacitação da equipe da unidade de saúde para a Política Nacional de Humanização, através de uma capacitação mensalmente planejada pela enfermeira, médico e grupo municipal de promoção de saúde.

Responsável: Os temas serão desenvolvidos pelo médico e enfermeira, dirigidos a todos os integrantes da equipe.

Tempo: Nas duas primeiras semanas de implementação do projeto.

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.

Eixo Monitoramento e Avaliação

Ações:

- ✓ Monitorar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anual em todos idosos acompanhados pela unidade de saúde.
- ✓ Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade de saúde.

- ✓ Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.
- ✓ Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada.
Responsável: Estas ações serão desenvolvidas por o médico e a enfermeira com ajuda dos Agentes Comunitários de Saúde.
Tempo: Ocorrerá em todas as consultas

Eixo Organização e Gestão do Serviço

Ações:

- ✓ Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropômetro, Tabela de Snellen).
Responsável: Esta ação será feita pela responsável da unidade de saúde
Tempo: Antes de iniciar o projeto de intervenção, já foi cumprida.

- ✓ Garantir a solicitação dos exames complementares.
Responsável: Esta ação será feita por o medico, durante toda a intervenção.
- ✓ Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.
Responsável: Ação que será desenvolvida por a responsável da unidade de saúde ante de iniciar o projeto de intervenção.
- ✓ Definir as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos.
Responsável: Será feita por médico da unidade de saúde ante de iniciar o projeto de intervenção.
 - ✓ Garantir busca a idosos que não realizaram exame clínico apropriado.

Responsável: Ação que será desenvolvida por os Agentes Comunitários a traves das visitas domiciliares durante toda a intervenção.
- ✓ Garantir a referência e contra-referência de usuários com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades.
Responsável: Ação que será feita por a responsável da unidade de saúde, durante todo o projeto de intervenção.

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

Responsável: Ação que será desenvolvida por o Agente Comunitario responsável nesse dia do agendamento na unidade.

Eixo Engajamento Público

Ações:

- ✓ Orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável.
- ✓ Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.
- ✓ Compartilhar com os usuários as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social.
- ✓ Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade e periodicidade de realização de exames complementares.

Responsável: Estas ações serão realizadas pelos Médicos, ACS, enfermeira, em consultas, visitas domiciliares e em conversa na recepção.

Eixo Qualificação da Prática Clínica

Ações:

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

Responsável: Serão responsáveis por estas capacitações o médico e enfermeira da unidade. Iremos aproveitar os horários das reuniões semanais de equipe para realizá-las.

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

Eixo Monitoramento e Avaliação

Ações:

Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular / HIPERDIA através das fichas-espelho.

Responsável: Esta ação será feita por a enfermeira.

Tempo: Esta ação será feita durante todo o período da intervenção.

Eixo Organização e Gestão do Serviço

Ações:

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

Responsável: Será realizado pelo médico, a enfermeira, técnica administrativa e ACS.

Eixo Engajamento Público

Ações:

- ✓ Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito de ter acesso aos medicamentos tanto durante as consultas, quanto nas reuniões com a comunidade e usuários.

Responsável: Esta ação será desenvolvida por todos os membros da equipe

Eixo Qualificação da Prática Clínica

Ações:

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

Responsável: Os temas vão ser desenvolvidos pelo médico e enfermeira, dirigido a todos os integrantes da equipe, nas reuniões que são feitas cada quinta-feira.

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.

Eixo Monitoramento e Avaliação:

Ações:

- ✓ Monitorar o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.
- ✓ Monitorar a realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Responsável: Estas ações serão desenvolvidas por os Agentes Comunitários de Saúde a traves das visitas domiciliares durante todo o período da intervenção.

Eixo Organização e Gestão do Serviço

Ações:

- ✓ Garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa.
- ✓ Organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Responsável: Estas ações serão desenvolvidas por o médico e enfermeira da unidade durante toda a intervenção.

Eixo Engajamento

Ações:

- ✓ Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da Unidade de Saúde.
- ✓ Orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar.

Responsável: Ações serão desenvolvidas por o médico, a enfermeira, administrativa e ACS.

Eixo Qualificação da Prática Clínica

Ações:

- ✓ Capacitar os ACS para o cadastramento,
- ✓ Identificar e acompanhar os idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência, bem como o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar.

Responsável: Ação que será realizada pelo médico e enfermeira da unidade.

Tempo: De forma continuada durante todo o projeto de intervenção.

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 ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM).

Eixo Monitoramento e Avaliação

Ações:

- ✓ Monitorar o número idoso submetido a rastreamento para HAS periodicamente (pelo menos anualmente).
- ✓ Monitorar também o número idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM, periodicamente (pelo menos anualmente).

Responsável: Ações que serão desenvolvidas por o médico e a enfermeira

Tempo: De forma continuada durante todo o projeto de intervenção.

Eixo Organização e Gestão do Serviço

Ações:

- ✓ Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS.

Responsável: Toda equipe de saúde.

Tempo: De forma continuada durante todo o projeto de intervenção. □

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

Responsável: Toda equipe de saúde.

Tempo: De forma continuada durante todo o projeto de intervenção.

- ✓ Orientar à comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM.
Responsável: Toda equipe de saúde.

Tempo: De forma continuada durante todo o projeto de intervenção.

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

Responsável: Esta ação será feita pela responsável da unidade de saúde.

Tempo: Antes de iniciar o projeto de intervenção, já foi cumprida.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações:

- ✓ Orientar à comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM.
Responsável: Ação será desenvolvida por todos os membros da equipe.

Tempo: Esta ação será feita durante todo os membros da equipe no período da intervenção.

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

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

Responsável: O médico e enfermeira serão os responsáveis pelas capacitações

Tempo: Esta ação será feita ao inicio da intervenção na reunião semanal

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

Responsável: Esta ação será feita pela responsável unidade de saúde.

Tempo: Antes de iniciar o projeto de intervenção, já foi cumprida.

Eixo Engajamento Público

Ações:

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

Responsável: Ação que será desenvolvida por toda o equipe.

Tempo: Durante o período da intervenção.

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

Responsável: Ação que será desenvolvida por toda o equipe.

Tempo: Durante o período da intervenção.

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.

Eixo Monitoramento e Avaliação.

Ações:

- ✓ Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de idosos, através do registro dos prontuários.

Responsável: O médico e odontólogo da unidade de saúde.

Eixo Organização e Gestão do Serviço.

Ações:

- ✓ Organizar o acolhimento e cadastrar os idosos na unidade de saúde.

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

- ✓ Oferecer tratamento prioritário aos idosos da unidade.

- ✓ Organizar a agenda de saúde bucal.

Responsável: Estas ações serão realizadas em conjunto com o odontólogo, assim que o mesmo retornar a unidade.

Tempo: Estas ações serão desenvolvidas no período da avaliação.

Eixo Engajamento Público.

Ações:

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

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

Responsável: Todos os membros da equipe.

Tempo: Estas orientações serão dadas nos encontros com a comunidade e visitas domiciliares.

Eixo Qualificação da Prática Clínica.

Ações:

- ✓ Capacitar a equipe para realizar acolhimento e avaliação da necessidade de tratamento odontológico em idosos.
- ✓ Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico.
- ✓ Capacitar os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para idosos.

Responsável: Estas capacitações serão realizadas em conjunto entre médico e odontólogo.

Tempo: Estas ações serão desenvolvidas na primeira semana da intervenção.

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

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

Eixo Monitoramento e Avaliação

Ações:

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

Responsável: A enfermeira e o médico para desenvolver esta ação.

Tempo: Durante todo o período da intervenção

Eixo Organização e Gestão do Serviço.

Ações:

- ✓ Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

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

Responsável: Serão responsáveis a enfermeira juntamente com os ACS.

Tempo: De forma continuada durante todo o projeto de intervenção.

Eixo Engajamento Público.

Ações:

- ✓ Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- ✓ Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos idosos (se houver número excessivo de faltosos).
- ✓ Esclarecer os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas

Responsável: Estas ações serão realizadas nos encontros com a comunidade pelo enfermeiro e médico.

Tempo: De forma continuada durante todo o projeto de intervenção.

Eixo Qualificação da Prática Clínica.

Ações:

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

Responsável: A enfermeira e médico serão os responsáveis por organizar as capacitações.

Tempo: Antes de iniciar o projeto de intervenção.

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

Eixo Monitoramento e Avaliação

Ações:

Monitorar a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde e o registro da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Responsável: A enfermeira, juntamente com o médico irão desenvolver estas ações.

Tempo: De forma continuada durante todo o projeto de intervenção.

Eixo Organização e Gestão do Serviço.

Ações:

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

Responsável: Estas ações serão realizadas em conjunto com todos os membros da equipe da unidade.

Tempo: De forma continuada durante todo o projeto de intervenção.

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

Responsável: Esta ação será feita pela responsável unidade de saúde.

Tempo: Antes de iniciar o projeto de intervenção.

Eixo Engajamento Público.

Ações:

- ✓ Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.
- ✓ Orientar os idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção.

Responsável: Estas orientações serão dadas por todos os membros da equipe durante as consultas clínicas, visitas domiciliares e grupo de idosos.

Eixo Qualificação da Prática Clínica.

Ações:

- ✓ Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos, inclusive para preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa.

Responsável: O médico juntamente com a enfermeira serão os responsáveis por estes treinamentos.

Tempo: Antes de iniciar o projeto de intervenção.

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

Eixo Monitoramento e Avaliação

Ações:

- ✓ Monitorar o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência.
- ✓ Monitorar o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice.
- ✓ Monitorar a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS.

Responsável: Ação que será desenvolvida por o médico nas consultas de avaliação.

Tempo: De forma continuada durante todo o projeto de intervenção.

Eixo Organização e Gestão do Serviço

Ações:

- ✓ Priorizar o atendimento a idosos de maior risco de morbimortalidade, e fragilizados na velhice.
- ✓ Facilitar o agendamento e a visita domiciliar aos idosos com rede social deficiente.

Responsável: Os ACS auxiliaram nestas ações.

Tempo: De forma continuada durante todo o projeto de intervenção.

Eixo Engajamento Público

Ações:

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

Responsável: O médico durante a consulta de avaliação e visita domiciliar.

Tempo: De forma continuada durante todo o projeto de intervenção.

- ✓ Orientar os idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente.

Responsável: Todos os membros da equipe.

Tempo: De forma continuada durante todo o projeto de intervenção.

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

Responsável: Todos os membros da equipe.

Tempo: De forma continuada durante todo o projeto de intervenção.

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

Responsável: Todos os membros da equipe.

Tempo: De forma continuada durante todo o projeto de intervenção.

Eixo Qualificação da Prática Clínica

Ações:

- ✓ Capacitar os profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa.
- ✓ Capacitar os profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice.
- ✓ Capacitar a equipe para avaliar a rede social dos idosos.

Responsável: As capacitações serão realizadas pelo médico e enfermeiro da unidade em horários de reunião de equipe.

Tempo: Antes de iniciar o projeto de intervenção na reunião semanal da equipe.

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% dos idosos.

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

Eixo Monitoramento e Avaliação

Ações:

- ✓ Monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos.
- ✓ Monitorar o número de idosos com obesidade / desnutrição.
- ✓ Monitorar a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos.
- ✓ Monitorar o número de idosos que realizam atividade física regular.
- ✓ Monitorar as atividades educativas individuais.

Responsável: A enfermeira juntamente com o médico irão a desenvolver estas ações.

Tempo: De forma continuada durante todo o projeto de intervenção.

Eixo Organização e Gestão do Serviço

Ações:

- ✓ Definir o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.
- ✓ Definir o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular.
- ✓ Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Responsável: A enfermeira juntamente com o médico irão a desenvolver estas ações.

Tempo: De forma continuada durante todo o projeto de intervenção

Eixo Engajamento Público

Ações:

- ✓ Orientar os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis.
- ✓ Orientar os idosos e a comunidade para a realização de atividade física regular.

Responsável: Todos os membros da equipe.

Tempo: De forma continuada durante todo o projeto de intervenção

Eixo Qualificação da Prática Clínica

Ações:

- ✓ Capacitar a equipe para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável" ou o "Guia alimentar para a população brasileira"
- ✓ Capacitar a equipe para a orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos.
- ✓ Capacitar a equipe para orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular.
- ✓ Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias.

Responsável: O médico e enfermeira serão os responsáveis por tais capacitações que serão organizadas em horário após as reuniões de equipe.

2.3.2 Indicadores

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

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

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

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa

Denominador: Número de idosos pertencentes a 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 2.1: Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia

Numerador: Número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia

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

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

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

Numerador: Número de idosos com exame clínico apropriado em dia

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 2.8: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus

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

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

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

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

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

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

Indicador 2.10: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.

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

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com orientação sobre higiene bucal.

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

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção com foco na saúde dos idosos vamos adotar o Protocolo de Saúde do Idosos do Ministério da Saúde, 2010. Para organizar o registro específico da intervenção e poder coletar todos os dados o médico, enfermeira e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) utilizarão os cadastros, prontuários e ficha espelho dos idosos (ANEXO C). coordenadas pela parte administrativa. Temos também o protocolo impresso e disponível no serviço para que toda a equipe possa consultar quando seja necessário. A unidade está organizada para acolher e brindar consulta a todos os idosos que cheguem.

Todos os dias a enfermeira revisará o livro de registro identificando todos os idosos que vieram ao serviço nos últimos 3 meses. A profissional junto com os ACS localizará os prontuários dos idosos e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso, vacinas em atraso e visitas domiciliares. Todos os dias os que ficam na recepção ajudam em atualizar as informações do SIAB

Os agentes de saúde revisarão semanalmente prontuários e as fichas espelhos junto com o médico (responsável da intervenção) para consolidar as informações e anotá-las na planilha eletrônica de coleta de dados (ANEXO B). As atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos. Os ACS ajudarão em orientar, verificar o peso e altura dos idosos. A enfermeira com aferição de pressão arterial ou outro exame que se precise. Os novos usuários serão acolhidos e agendados as consultas para as tardes. A referência de usuários com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades, também os que precisam de atendimento odontológico e acompanhamento por dentista para melhorar a saúde bucal, será realizado o encaminhamento. A administradora coordena e planeja as consultas com outros doutores e administrativos que depois os ACS avisam nos domicílios. Para atingir a meta de cobertura serão avaliados 12 usuários por semana.

O médico com ajuda da enfermeira, os ACS e a administradora irão disponibilizar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e monitorar os registros. Irão anotar em planilhas, registros e prontuários das pessoas idosos que possuem maior risco de morbimortalidade, fragilização na velhice, acompanhamentos e a

periodicidade das consultas programadas, também os idosos que ainda precisam se cadastrar.

Para capacitar a equipe e esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico, facilidades de realizá-lo na unidade de saúde, orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, a realização de orientação de atividade física regular ou outros temas, todos os meses, realizaremos uma capacitação planejada pela enfermeira, médico e grupo municipal de promoção de saúde. Também iremos realizar conversas na recepção e nas consultas ou visitas domiciliares, cujos responsáveis serão o médico e ACS.

3 Relatório da Intervenção

Transcorreram 12 semanas da intervenção na atenção da saúde das pessoas idosas que desenvolvemos na comunidade da área de abrangência da UBS Vila Acre, Rio Branco. Nela foram escolhidos os usuários idosos (acima de 60 anos) que somaram 138, com os quais fizemos as atividades planejadas durante o projeto de intervenção.

Após haver sido reestruturado o tempo de intervenção desta especialização e diminuído de 16 para 12 semanas para adequação do cronograma ao término da turma 5, que viemos agora realizar a descrição das ações realizadas, visando assim analisar os resultados obtidos durante o desenvolvimento da mesma.

Seguidamente faremos uma análise dos principais resultados:

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Durante o desenvolvimento desta intervenção tivemos ações previstas no projeto que todas elas foram bem sucedidas. A Capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo de Saúde do Idoso foi a nossa primeira realização. Estabelecer as atribuições dos profissionais e funcionários da UBS na ação programática e o cadastramento dos usuários idosos do território inseridos no programa foram ações muito bem sucedidas. Outras das ações obtidas com sucesso foram a realização da distribuição das Cadernetas do Idoso aos usuários, instrumento este que permitiu a coleta sistemática de registros, após as ações de saúde, tanto da rotina da unidade como da intervenção e, embora em alguns momentos tivéssemos a falta deles no almoxarifado, foram trazidas com prontidão da Secretaria Municipal de Saúde.

Penso que o contato com lideranças comunitárias e com os gestores municipais para falar sobre a importância da ação programática de Atenção ao paciente idoso, possibilitou incorpora-los às ações, permitindo assim que eles

participassem conosco das atividades e pudéssemos contar com o seu apoio total, sem isso nada seria possível, refletindo em um forte engajamento público. Nossa unidade trabalha em conjunto ao NASF, inseri-los nesta intervenção abriu ainda mais a possibilidade de outros profissionais, vinculados à saúde comunitária nos apoiar em distintas disciplinas que favoreceram o acontecimento das ações.

Em relação ao atendimento clínico dos idosos, este foi um ponto muito bem controlado, e quando falo em controle eu quero dizer que todos os membros da equipe estiveram presentes nesta ação, pelo valor que possuiu no decorrer da intervenção, já que possibilitou o acompanhamento de todos os idosos, seus controles, suas medicações assim como seus problemas individuais.

Com sucesso conseguimos atingir 100% do total de idosos cadastrados nas atividades desta intervenção (138 pessoas a partir de sessenta anos). Quero compartilhar que nas metas de: ampliação da cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde; realização da Avaliação Multidimensional Rápida; realização de 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; realização da solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos; foram metas muito bem sucedidas, que a ESF conseguiu atingir nos 138 idosos. Assim como não ficaram distintas a priorização e prescrição de medicamentos da Farmácia Popular. Não entanto algumas metas não foram possíveis atingir a totalidade (100%) conforme desejassemos, porém foram justificadas.

Sem sombra de dúvida a realização de Visita Domiciliar (VD) humanizou ainda mais o atendimento, chegando até as casas dos acamados ou aqueles que apresentam problemas de locomoção. As VD aconteceram desde antes da chegada do médico à unidade, só que numa menor frequência pela falta de profissional médico. No entanto, após a nossa intervenção foi ainda mais valorizada a atenção domiciliar não somente dos idosos como também do restante das pessoas nessa condição de acamados que não conseguiam se locomover. Bem, posso dizer que tivemos que deslocar algumas vezes pelos nossos próprios meios, tudo para que desse certo as ações e os idosos fossem contemplados e compreendidos dentro das atividades.

A realização de Grupos de Idosos (GI) ganhou a aceitação dos alvos, suas famílias e a comunidade, vendo eles integrados às atividades da unidade. Durante as semanas da intervenção foram feitas várias atividades que embora nos diários não aparecessem em sua totalidade, elas aconteceram como planejado no cronograma. Claro que sempre há pessoas que não são sistemáticas nas atividades, falta por alguma razão aos encontros combinados, o que pode dificultar algumas atividades como a busca ativa de pacientes idosos faltosos às consultas.

Acredito que a existência de documentos que registram o acompanhamento sistemático das ações é importantíssima, pelo valor estatístico e para pesquisa e conhecimento de como estão alguns dos indicadores, por isso tivemos o maior cuidado com o preenchimento e revisão da ficha espelho e da Planilha de Coleta de dados da intervenção, para não errar resultados que possam negativar ou trazer obstáculos para a análise de dados.

As palestras direcionadas aos idosos foram bem sucedidas dentro das ações. Dentre os assuntos abordados nestas ações de promoção, venho salientar as seguintes: afecções ósseo-articulares; saúde visual; alimentação saudável; acidentes domésticos e avaliação das doenças crônicas. Para algumas atividades educativas contamos com a presença de geriatra e nutricionista em duas delas, o que valorizou ainda mais o trabalho, pois é sempre muito bom agregar diferentes parcerias para somar o efeito final, que são os resultados gerados.

Um fato importante para destacar foi a respeito da situação do transporte, o qual deveria ser garantido pela secretaria de saúde, pois a maioria dos acamados a serem visitados moravam em zonas muito distantes da UBS, que nem sempre dava para ir caminhando, sendo este um desafio para a equipe, ainda estamos batalhando para termos a disposição da UBS um veículo, não somente para a ação, mas para todas as atividades do serviço de atenção domiciliar.

Somado a isso outro problema sério que passamos durante a intervenção foi referente ao grande desastre natural, que atingiu o município, uma devastadora enchente, sem dúvidas foi um registro histórico em nosso município, o que levou a mudar a rotina de trabalho em quase todas as unidades de saúde, pois além de ajudarmos na remoção de pessoas que ficaram desabrigadas, o restante da população não conseguia chegar a UBS devido ao alagamento de toda a cidade, foi um forte apelo nacional, em que o país todo se mobilizou para ajudar. Tendo em vista a grandiosidade do problema por 2 semanas a intervenção ficou “parada”.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Nossa equipe possibilitou que as ações previstas nesta intervenção fossem realizadas com sucesso. Houve atrasos, sendo necessário reajustar o cronograma, principalmente com a redução das semanas de intervenção de 16 para 12. No entanto, não impediu a interrupção do trabalho e nem mesmo o não comprometimento com as atividades.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Como explicado acima, durante o processo de coleta de dados e preenchimento de planilhas, tivemos falta momentânea de documentos, que rapidamente solicitamos e fomos atendidos pelo gestor responsável na Secretaria Municipal de Saúde. Assim conseguimos levar em frente este trabalho. Somado a isso, logo no início até me familiarizar com a planilha de coleta de dados disponibilizada pelo curso, tive certa resistência no preenchimento dos dados na planilha do Excel, e assim, alguns indicadores se encontravam com gráficos equivocados, mas isto foi sendo afinado, com o decorrer do curso e auxílio dos orientadores.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Todas as ações previstas nesta intervenção em saúde do idoso estão sendo inseridas na rotina da unidade, e terão continuidade mesmo após a finalização do curso. Percebemos muito valioso trazer à rotina todas as ações pela importância que elas apresentam para a Atenção Primária a Saúde, pelo valor que possuem em relação à valorização da saúde do idoso e seu acompanhamento sistemático, uma vez que a população da intervenção forma parte da comunidade, e precisam de atenções diferenciadas e que a melhor maneira de atendê-los é respeitá-los, e isso a intervenção abrange.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção tratou da melhoria da atenção a saúde dos idosos (60 anos ou mais) na Unidade Saúde da Família (USF) Vila Acre, Rio Branco. Na área adstrita à USF existem 138 usuários idosos e anteriormente à intervenção estavam sendo acompanhados 98 idosos, o que representava uma cobertura de 71%. Com a intervenção foram cadastrados e avaliados 138 usuários idosos, durante as consultas programadas, alcançando ao final uma cobertura na área adstrita de 100% de cobertura.

No primeiro mês foram cadastrados 69 idosos, atingindo uma cobertura de 50%. Isto foi possível porque já havia acompanhamento das pessoas idosas em nossa unidade, porém somente assistiam as consultas aqueles que eram portadores de doenças crônicas, como diabetes e/ou hipertensão. No segundo mês foram cadastrados 103 idosos, atingindo uma cobertura de 75% e já no terceiro mês, com as buscas ativas e os acompanhamentos feitos pelos ACS, durante as visitas domiciliares, conseguimos captar a totalidade dos usuários idosos da área de abrangência, ou seja, 138 pacientes idosos e uma meta de 100%, atingindo a meta proposta (FIGURA 1).

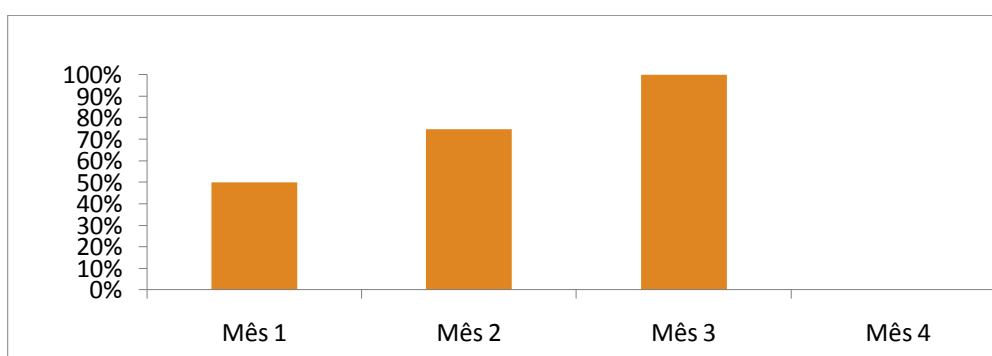


Figura 1: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde Vila Acre, Rio Branco/AC.

O segundo objetivo foi de melhorar a qualidade da atenção aos idosos. Para isso, uma das metas foi de realizar avaliação multidimensional rápida em 100% dos idosos. Esta meta foi cumprida de forma integral em todos os meses da intervenção, de forma que do primeiro ao terceiro mês, para os 69, 103 e 138 idosos cadastrados respectivamente, foi proporcionado a avaliação multidimensional rápida utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Durante o desenvolvimento da intervenção a ação que mais auxiliou foi o cadastramento de toda a área adstrita e o acompanhamento dos idosos por parte dos agentes comunitários de saúde que realizaram visitas domiciliares, identificando os usuários compreendidos nesse grupo de idades entre 60 anos ou mais, chamando-os para a consulta da avaliação, identificando aqueles acamados e com dificuldades de locomoção, para os quais a equipe de saúde fez a visita no seu domicílio. Apresentamos dificuldades para realizar as visitas domiciliares, pois não contávamos com veículos, em muitas vezes, para realizar estas atividades, necessitando realizar por nossos próprios meios. Esta foi uma ação desenvolvida durante toda a intervenção e avaliada em cada reunião semanal da equipe. A capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o Protocolo de Saúde do Idoso também contribuiu muito, permitindo um maior conhecimento do programa e, portanto, melhor desenvolvimento na intervenção.

Outra meta estipulada para o alcance do objetivo de melhorar a qualidade da atenção aos idosos foi de realizar exame clínico apropriado em 100% dos idosos. Esta meta também foi alcançada de forma integral em todos os meses da intervenção, sendo que do primeiro ao terceiro mês, para os 69, 103 e 138 idosos cadastrados respectivamente, foi realizado exame clínico apropriado de acordo com o protocolo. A meta foi atingida graças ao desempenho de cada membro da equipe, que com a capacitação, permitiu-lhe um maior conhecimento do programa de atenção do idoso e por tanto melhor desenvolvimento na intervenção.

Ainda dentro do segundo objetivo, buscamos garantir a 100% dos idosos com hipertensão e diabetes a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo. No primeiro mês foram cadastrados 48 idosos hipertensos e/ou diabéticos e destes todos receberam os exames complementares em dia. No segundo mês foram 74 idosos cadastrados nestas condições e também todos receberam os exames complementares. No terceiro mês da intervenção,

foram 101 idosos que apresentavam hipertensão e/ou diabetes e em todos eles foram realizado os exames complementares em dia. O que mais contribuiu para o alcance da meta foi a busca ativa através de visitas domiciliares por parte dos ACS, para aqueles usuários que não realizaram os exames indicados. Esta ação foi avaliada em todas as reuniões semanal realizada pela Equipe de Saúde.

Priorizando a melhoria da atenção aos idosos da área adstrita da UBS, estipulamos a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular para 100% dos idosos cadastrados na unidade de saúde, a qual também foi cumprida de forma integral em todos os meses. Desta forma, dos 69, 103 e 138 idosos cadastrados do primeiro ao terceiro mês respectivamente, 100% receberam a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular. A meta obtida ao final da intervenção foi graças à orientação aos usuários e a comunidade, tanto na recepção, sala de consulta como nas visitas domiciliares.

Buscamos também cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção da unidade de saúde. No primeiro mês da intervenção conseguimos cadastrar 3 (25%) idosos acamados ou com problemas de locomoção, de um total de 12, e destes todos receberam visita domiciliar. No segundo mês foram cadastrados 7 (46%) idosos acamados ou com problemas de locomoção, de um total de 15, sendo que 100% receberam visita domiciliar. Nestes dois meses apresentamos problemas com o transporte, pois não foi enviado o veículo para as visitas domiciliares, sendo que conseguimos visitar somente os idosos mais perto da unidade além de que foi um período no que aconteceram fortes chuvas no território. No último mês foram 15 idosos cadastrados nestas condições (FIGURA 2) e também 100% deles receberam visita domiciliar. Até o momento, tivemos um total de 15 idosos acamados ou com problemas de locomoção na área de abrangência da unidade. O cadastramento dos idosos acamados foi realizado pelos agentes comunitários de saúde.

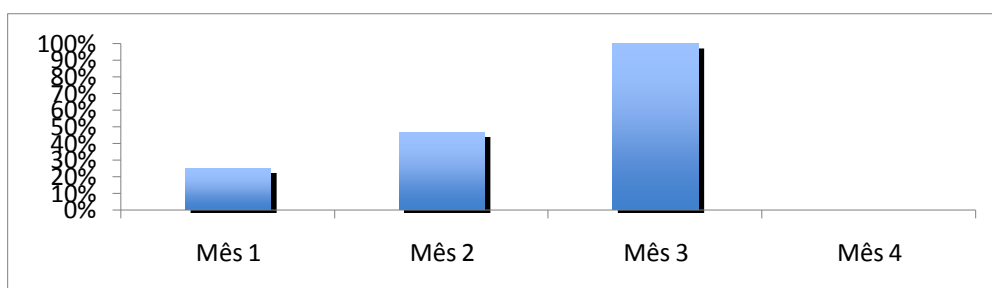


Figura 2: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados na unidade de saúde Vila Acre, Rio Branco/AC.

Outra meta foi verificar a pressão arterial a 100% dos idosos na última consulta, a qual foi cumprida de forma integral em todos os meses da intervenção. Desta forma, 100% dos idosos cadastrados no programa receberam a verificação da pressão arterial durante as consultas. A meta foi atingida graças a nossa enfermeira, que garantiu a tomada da medida da pressão arterial a todos os idosos na pré-consulta.

Buscamos rastrear 100% dos idosos hipertensos para diabetes. No primeiro mês foram 27 idosos hipertensos e destes todos foram rastreados para diabetes. No segundo mês foram cadastrados 39 idosos hipertensos e de igual forma, todos foram rastreados para diabetes. No terceiro mês da intervenção foram cadastrados 49 idosos hipertensos e destes, 100% foram rastreados para diabetes. A meta foi atingida integralmente em todos os meses graças a avaliação de todos os usuários hipertensos com cifra sustentada maior que 135/80 mmHg. Foi realizado o exame de glicose capilar na pré-consulta e indicada a glicemia em jejum na consulta. Além de que temos identificados nos prontuários quais deles são hipertensos.

Estipulamos realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos. Esta meta foi cumprida integralmente em todos os meses de forma que, todos os idosos cadastrados do primeiro ao terceiro mês foram avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico. A meta pactuada foi alcançada devido a que todos os usuários nas consultas realizadas foram avaliados e encaminhados para sua posterior avaliação com a dentista. Esta foi uma ação muito bem controlada, e quando falo em controle eu quero dizer que todos os membros da equipe estiveram integrados nesta ação pelo valor que possuiu no decorrer da intervenção, já que possibilitou o acompanhamento de todos os idosos, seu controle, seus problemas individuais e deu a medida certa da realidade.

No que se refere a realização da consulta odontológica, foi estipulado inicialmente realizar atendimento odontológico a 100% dos idosos cadastrados na unidade de saúde. No primeiro mês, dos 69 idosos cadastrados, 100% receberam a consulta odontológica programática. No segundo mês, dos 103 idosos cadastrados, 100% receberam a consulta odontológica e no último mês, dos 138 idosos cadastrados, 121 (88%) consultaram com o odontólogo (FIGURA 3). No último mês não foi possível atingir a meta devido a problemas técnicos com o compressor da

unidade. Sendo assim não foi possível realizar atendimento odontológico nas duas últimas semanas da intervenção.

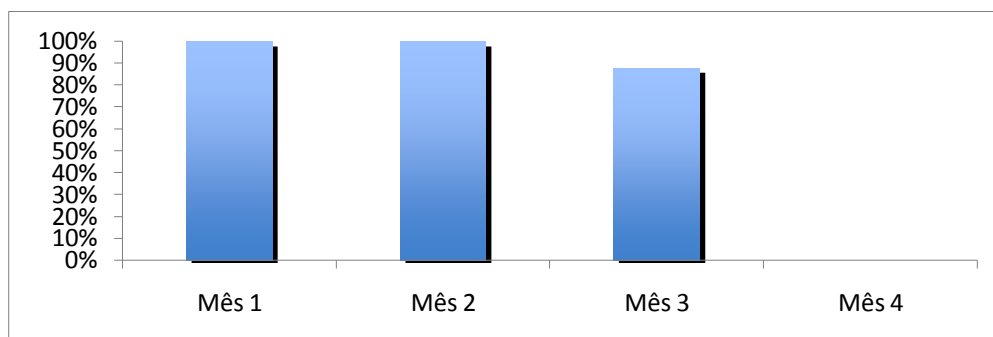


Figura 3: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática na unidade de saúde Vila Acre, Rio Branco/AC.

O terceiro objetivo foi melhorar a adesão dos idosos ao programa. Para isso estipulamos buscar 100% dos idosos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada. No primeiro mês tivemos 5 idosos faltosos, no segundo mês tivemos 18 e no último mês foram 25 idosos faltosos às consultas. Todos eles receberam busca ativa, sendo que a meta foi cumprida integralmente em todos os meses da intervenção, graças ao acompanhamento dos idosos feito no domicílio e as visitas domiciliares feitas por os ACS.

O quarto objetivo foi melhorar o registro das informações. Para isso estipulamos manter a ficha- espelho em dia de 100% dos idosos cadastrados na unidade. Durante os três meses da intervenção, todos os idosos cadastrados foram mantidos em dia com os registros nas fichas-espelho. Desta forma, a meta pactuada foi atingida graças a organização e monitoramento das fichas-espelho, tendo o médico como o principal responsável pelo preenchimento das informações de cada usuário idoso.

Estipulamos também distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados. Esta meta também foi cumprida de forma integral durante os três meses da intervenção, sendo que 100% dos idosos cadastrados receberam a caderneta. Nossa unidade contava com cadernetas, o que não foi problema atingir esta meta.

O quinto objetivo de nosso trabalho foi mapear os idosos de risco da área de abrangência. Para atender este objetivo estipulamos como meta rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade. No primeiro mês, dos 69 idosos cadastrados, todos receberam avaliação de risco para morbimortalidade. No segundo mês os 103 idosos cadastrados também receberam avaliação e no terceiro

mês os 138 idosos também receberam a avaliação para morbimortalidade conforme ao estabelecido no Programa da atenção a pessoa idosa do Ministério da Saúde.

Sendo assim, foi possível atingir a meta proposta em cada um dos meses da intervenção. O cumprimento desta meta se deu graças ao trabalho desenvolvido por cada integrante da equipe. Os usuários, durante o acolhimento, foram medidos e pesados e nas consultas realizadas por o médico foram avaliados conforme aos parâmetros indicados no programa de atenção da pessoa idosa do Ministério de Saúde. Aqueles que na avaliação foram identificados com algum problema foram encaminhados para avaliação com o especialista da área de referência.

Outra meta referente ao quinto objetivo foi de investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas, a qual também foi cumprida em sua totalidade graças as informações oferecidas por os familiares e cuidadores. Deu-se prioridade para aqueles idosos que moram sozinhos no momento da avaliação realizada por o médico, buscando dados fornecidos na caderneta de saúde.

Também realizamos avaliação da rede social de 100% dos idosos cadastrados em todos os meses da intervenção e para isso em cada consulta lhe foi realizada perguntas sobre a situação familiar, rede de apoio, etc.

O sexto objetivo foi promover a saúde dos idosos. Para isso estipulamos como uma das metas, garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos idosos. Tal meta foi cumprida de forma integral em todos os meses. Desta forma todos os idosos cadastrados em cada mês da intervenção receberam orientação sobre nutrição correta e balanceada. Esta ação foi realizada nas consultas, nas visitas domiciliares, assim como através de atividades educativas, realizadas principalmente no grupo de usuários hipertensos e diabéticos em nossa unidade. Facilitando a realização destas atividades, contamos com o apoio oferecido pela nutricionista que atende nosso segmento de saúde, a qual realizou uma capacitação com nossa equipe de saúde sobre os cuidados alimentares às pessoas idosas e participou em uma das palestras realizadas.

Outra meta referente a promoção da saúde foi de garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários idosos. No primeiro mês dos 69 idosos cadastrados, 100% receberam a orientação. No segundo mês dos 103 idosos cadastrados, 100% receberam as orientações de atividade física e no último mês dos 138 idosos cadastrados, 100% foram devidamente orientados. Desta forma,

conseguimos atingir a meta em todos os meses de intervenção. Aqueles idosos acamados devido a fratura de coluna e outros sequelas de AVC, orientou-se sobre a realização de fisioterapia.

Ainda pensando na promoção da saúde dos idosos, estipulamos garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos idosos, meta que foi cumprida de forma integral. Isso significa que todos os idosos cadastrados durante os três meses da intervenção receberam as orientações sobre higiene bucal. Esta meta foi atingida a 100% graças ao trabalho realizado em conjunto por todos os integrantes da equipe. Recebemos no início da intervenção uma capacitação feita pelo o odontólogo de nossa unidade sobre o cuidado a ter com os usuários idosos em relação a higiene bucal, orientações que foram fornecidas aos usuários, familiares e cuidadores durante as consultas, nas visitas domiciliares e em palestras realizadas com o grupo de idoso.

4.2 Discussão

Considero que, com a realização da intervenção em nossa unidade de saúde da família, a equipe propiciou a ampliação do atendimento aos usuários idosos da área de abrangência, permitindo fazer o acompanhamento de 100% desta população. Foi uma grande conquista conseguir fazer a avaliação integral de todos eles, tanto na sala da consulta, assim como nos domicílios para aqueles acamados ou com dificuldades de locomoção através da visita domiciliar. Assim foi possível conhecer sua realidade, acompanhar a suas doenças crônicas, permitindo participar das atividades desenvolvidas em nossa unidade, oferecer atividades educativas e dando participação na tomada de decisão das ações de saúde, valorizando-os e de certa forma, incorporando-os à sociedade.

Com a intervenção nossa equipe ganhou muito, mostrou união no desenvolvimento das ações de saúde, no compartilhamento das ações, na solução dos problemas, na integração do trabalho e conscientização da missão da Estratégia Saúde da Família-ESF na atenção primária. A intervenção demonstrou que podem ser melhorados outros programas de saúde com o trabalho coeso de todos os integrantes da equipe. Foram valorizadas as responsabilidades de cada membro da equipe, permitindo o cumprimento de cada uma das ações, conforme exigido nas capacitações, as quais foram orientadas pelo protocolo de atendimento estabelecido pelo Ministério de Saúde para as pessoas idosas.

Nosso serviço ficou mais integral e efetivo com a realização da intervenção, possibilitando a participação de todos os membros da equipe nas atividades desenvolvidas, o que anteriormente era concentrada, em sua maioria, no médico. Com a intervenção conseguimos dar posse de responsabilidades tanto aos ACS, como aos técnicos de enfermagem e enfermeira, que em conjunto com o médico, trabalharam inter-relacionados fazendo-os sentirem-se mais comprometidos com nosso trabalho.

Para a comunidade foi um ganho significativo, pois mediante sua liderança, conseguimos desenvolver um trabalho em conjunto, permitindo sua participação nas atividades desenvolvidas na unidade. A comunidade contribuiu para o acontecimento da intervenção, sendo nossos aliados nesta missão. A população sentiu-se satisfeita pelas ações nas quais tiveram participação, juntos aos idosos e as suas famílias. A comunidade toda percebeu nosso empenho de cumprir o objetivo de melhoria da atenção aos idosos e conseguiram apoiar no momento certo para a realização das atividades.

As experiências adquiridas pela equipe, a coesão alcançada, a inter-relação com todos os fatores tanto da comunidade assim como dos profissionais de saúde é o que faz a diferença para levar a intervenção em frente neste momento. Ela conseguiu redefinir o verdadeiro conceito de trabalho em equipe e de inter-relação com a comunidade e serviços de saúde.

A intervenção na saúde do idoso não acaba aqui, as ações já estão incorporadas na rotina diária. Vamos aperfeiçoar o processamento de informações na caderneta dos idosos, as atividades educativas que podem ser direcionadas para outras necessidades pontuais entre a população idosa e que contribuam para o melhoramento da qualidade de vida.

O nosso próximo passo em direção ao melhoramento da atenção à saúde no serviço é continuar implementando esta intervenção com suas ações, realizar propostas de atividades nas demais ações programáticas, como no caso da ampliação da cobertura do atendimento aos usuários portadores de hipertensão e diabetes. Sendo assim, ainda temos muito a realizar em prol da qualidade do atendimento de nossa comunidade.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezados gestores de saúde!

Com a chegada do Programa Mais Médico no Brasil, iniciou-se uma transformação no setor da saúde, promovendo o aumento dos indicadores em saúde produzido pelo maior número de profissionais médicos que chegaram para ampliar a assistência aos usuários que estavam sem ou com muito pouco atendimento médico. Um dos objetivos deste programa focalizava a realização de uma especialização em saúde da família que compreendia, junto a outros objetivos, a realização de uma intervenção direcionada para um público específico, com a ideia de pesquisar a evolução dos indicadores de saúde.

No município de Rio Branco, capital estadual do ACRE, encontra-se a Unidade de Saúde da Família Maria Sebastiana, a qual possui uma equipe integrada por médico, enfermeira, técnico em enfermagem, dentista e ACS. Nesta Unidade foi desenvolvida a intervenção direcionada à população idosa da área a qual atuo, que compõem 138 pessoas com sessenta anos ou mais, visando a possibilidade de melhorar a qualidade de vida, após identificar situações potencialmente modificáveis e que pudessem ser avaliadas pelos indicadores.

Com o desenvolvimento da intervenção conseguimos uma cobertura de 100 % dos idosos da nossa área de abrangência pertencentes à unidade de saúde. Importante considerar o esforço da equipe toda, com a participação dos ACS. Somado ao cadastramento, também desenvolvemos ações que impactaram na qualidade do atendimento desta população, como por exemplo, a avaliação multidimensional rápida, permitindo saber o estado de saúde de cada um em específico e atualizando os nossos dados. Além disso, com a contribuição dos ACS e da enfermeira, assim como da técnica em enfermagem da equipe, chegamos aos 100% dos 138 idosos com exame clínico apropriado em dia. Fundamentalmente nos

idosos com HAS e DM isto possibilitou conhecer o estado de controle dessas doenças sabendo da influência que elas têm para uma boa saúde. A solicitação, assim como a análise dos resultados dos exames complementares periódicos em dia aos 138 idosos cadastrados foi bem sucedida. No caso de alterações foi procedido o acompanhamento pertinente para obtenção do controle.

Também foi possível realizar a prescrição de medicamentos a todos os idosos que necessitavam e informamos a eles e a comunidade da existência de medicamentos e como adquiri-los. Foram feitas visitas domiciliares pela equipe aos idosos acamados ou com dificuldades de locomoção, além de cadastrá-los. Foi possível avaliar a realidade pontual de cada usuário, identificando outros problemas que seria impossível saber caso não fossemos até aos domicílios. Avaliamos condições de cuidados dos familiares e responsáveis, situação individual e condição limitante para a locomoção. A conversa diretamente permitiu individualizar o atendimento e fortalecer conhecimentos em relação as doenças sofridas, permitindo mudar a realidade. Identificamos também necessidades pontuais que podem ser resolvidas mediante a solicitação de cadeiras de rodas, andadores, muletas ou até mesmo leitos. Todas as necessidades identificadas estão sendo encaminhadas com os seus argumentos à gestão municipal.

Baseados na importância de identificar a existência de cifras altas de pressão ou até mesmo hipertensão desconhecida para o paciente foi que tivemos o extremo cuidado de aferir pressão em todos os idosos na atividade de consulta, tendo assim uma realidade após fazer esse procedimento nos 138 idosos cadastrados no programa. Também foi aferida a glicemia capilar, fundamentalmente em aqueles idosos que já tinham a condição de hipertensos, assim conseguimos identificar a concomitância destas duas doenças e como devíamos proceder para o seu acompanhamento.

Tratando a avaliação odontológica como parte dos cuidados integrais à saúde do idoso, avaliamos 100 % dos idosos cadastrados no programa. A procura pelos idosos faltosos em consulta foi realizada pelos ACS em 100%. Nos casos identificados de impossibilidade de trasladar-se até a unidade nós fomos até suas residências.

O registro na ficha espelho foi realizado a 100% dos idosos, contribuiu nisso a capacitação dada aos integrantes da ESF que viram-se envolvidos no preenchimento, coleta e processamento de dados. Quando começamos as

atividades, houve falta de cadernetas da pessoa idosa, fator externo que numa semana atrapalhou o desenvolvimento das atividades, mas que foi resolvido após contatos com os responsáveis da área técnica da saúde do idoso da Secretaria Municipal de Saúde-SEMSA. A avaliação de risco para morbimortalidade em dia esteve em relação às outras ações como por exemplo as atividades de consulta médica. Todos os 100 % dos 138 idosos foram avaliados e identificados em cada um deles o risco específico. Direcionado aos achados desta parte fizemos palestras para ensinar como evitar acidentes domésticos e como identificar riscos em casa.

Uma vez feito o treinamento aos membros da ESF apoiados nos protocolos do Ministério da Saúde para o atendimento ao idoso, indicamos a realização da avaliação de rede social, o que aconteceu em 100 % dos cadastrados e permitiu o acesso à situação individual e seu conhecimento. Conseguimos oferecer orientações nutricionais para hábitos alimentares saudáveis aos 100 % dos idosos, para isso contribuiu decisivamente com a sua participação a nutricionista que atende o nosso segmento de saúde no município; palestrando à equipe de maneira que conseguissem atuar direcionados nesse sentido. Também tivemos a possibilidade de que um professor de educação física em três oportunidades participasse conosco nas ações de orientar sobre prática regular de atividade física, isso valorizou e motivou aos idosos. A equipe odontológica focou para a orientação sobre higiene bucal, que também é significativa para ter uma avaliação geral e uma saúde integral no idoso. Em todos estes aspectos detalhados conseguimos atingir aos 100 % dos 138 idosos da nossa área de abrangência.

Considero que foi uma intervenção bem sucedida, pois tivemos alguns contratemplos que foram superados, principalmente por haver uma coesão da equipe, uma inter-relação com a liderança do bairro, bem como a participação da população nas atividades desenvolvidas, a busca de soluções aos problemas assim como o apoio da SEMSA. Desta forma, reforço a importância da gestão seguir apoiando nosso trabalho, para que seja possível o seguimento destas ações e a expansão das mesmas para as demais ações programáticas.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezados senhores e senhoras moradores da área de abrangência da unidade de saúde Maria Sebastiana (Vila Acre).

Fazendo parte das ações desenvolvidas neste serviço de saúde a equipe, integrada pelo médico, a enfermeira, a técnica em enfermagem, os agentes comunitários de saúde, dentista e técnica de saúde bucal, veio desenvolvendo um trabalho de intervenção relacionada à atenção da saúde dos idosos das comunidades pertencentes a nossa unidade de saúde, por um período de 12 semanas.

Durante este período, foram desenvolvidas uma série de atividades, nas quais estiveram envolvidos os membros da comunidade, da equipe de saúde e portanto os idosos que moram nas comunidades pertencentes a nossa Unidade Básica de Saúde (UBS). Durante estes meses viemos preparando o território para estender e fortalecer o atendimento à população de 60 anos ou mais da nossa área de abrangência, que na atualidade está contabilizada em 138 idosos. Desta forma, distribuímos responsabilidades aos membros da equipe e realizamos ações de saúde visando o melhoramento da qualidade no atendimento à saúde dos idosos na UBS Maria Sebastiana (Vila Acre).

Com a efetuação das ações foi que conseguimos atender 100 % dos 138 idosos pertencentes a área de abrangência da UBS. Além disso, também tivemos sucesso na avaliação rápida da saúde de cada idoso, no exame clínico apropriado, a solicitação de exames complementares aos que sofrem de HAS e DM. Foi importante conhecer quantos possuem estas doenças para assim poder dar atendimento conseqüente e realizar o controle e prescrição de remédios.

Nosso trabalho compreendeu também aos idosos com dificuldades de locomoção e/ou acamados, permitindo estreitar assim o vínculo entre a família e unidade de saúde, mediante visitas domiciliares levando até eles qualidade de atendimento médico e acompanhamento regular aos 100 % dos que foram identificados, cadastrados e, porém acompanhados pela nossa UBS.

A verificação da pressão arterial e rastreamento para diabetes mellitus aos hipertensos foi outra das ações por nós desenvolvidas, que condicionou a realização de atividades de promoção de saúde com esse e outros conteúdo importantes para manter uma boa saúde e boa qualidade de vida. O atendimento odontológico e planificação da primeira consulta foram levados em consideração, embora houvesse dificuldades no começo pela falta de equipe odontológica, conseguimos agendar, efetivar e orientar em assuntos da saúde bucal aos 100 % dos cadastrados.

Todos os dados processados vieram do preenchimento correto das cadernetas do idoso, as fichas espelhos e coleta de dados feita pelos agentes comunitários de saúde, os mesmos que fizeram a busca ativa aos idosos faltosos em consulta.

Complementamos para maior qualidade desta intervenção com avaliações da rede social, dos riscos para ocorrência de acidentes, com orientações sobre hábitos nutricionais. É válido dizer que aconteceram ações de promoção de saúde em algumas vezes com convidados entendidos na área da saúde dos idosos, que puderam oferecer palestras compreensíveis para eles e com todo o conhecimento científico de geriatras, nutricionistas e educadores físicos.

As ações foram finalizadas com êxito, os resultados obtidos vão servir para melhorar ainda mais a qualidade no atendimento para esse grupo de pessoas. No entanto, é necessário salientar que a comunidade tem um papel importante neste trabalho, pois contribui para que as ações realizadas sejam divulgadas, ajudam também na opinião de ações que possam vir a qualificar o atendimento prestado. Desta forma, a equipe de saúde da UBS Maria Sebastiana (Vila Acre) solicita o apoio de todos os membros desta comunidade para que possamos unir esforços em prol da realização de um atendimento de saúde com mais qualidade para a população da área de abrangência deste serviço de saúde.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Ao realizar o curso de Especialização em saúde da família posso dizer que, ao iniciar não tinha uma ideia clara de como seria o desenvolvimento do mesmo, porém com o transcurso do tempo no desenvolvimento das diferentes atividades, como as práticas clínicas, incrementou meu conhecimento pessoal e profissional. Cada tarefa realizada me permitiu atualizações e ganhar em conhecimento sobre diferentes doenças. Além disso, no fórum de dúvidas clínicas foi possível compartilhar diferentes temas com colegas no transcurso do curso, ajudando a esclarecer dúvidas e ganhar em conhecimento.

O curso facilitou um melhor conhecimento do funcionamento do SUS no Brasil, brindando-nos as ferramentas necessárias para uma melhor compreensão dos diferentes programas de atenção à saúde deste país, permitindo um melhor desempenho em nossas unidades de atuação.

Além de que o curso me permitiu incrementar meu conhecimento pessoal, através dele foi possível implementar um projeto de intervenção que possibilitou a participação das comunidades nas atividades da unidade, facilitando a inter-relação com a população e a liderança do bairro. Forneceu o espaço para um melhor intercâmbio com a comunidade, conhecer os seus problemas, seus estilos de vida, costumes e padrões culturais. Também facilitou que a equipe trabalhasse mais unida.

Tenho que dizer que apresentei muitas dificuldades com o desenvolvimento no curso e todo ocasionado por problemas com internet que não me permitiu acessar no tempo previsto impossibilitando meu desempenho. Mas tudo isso também foi uma grande experiência que contribuiu a um melhor desempenho no trabalho.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

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

Indicadores de Saúde do Idoso - Mês 3											
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 e pela Farmácia Popular?	O idoso acamado ou com problemas de locomoção está cadastrado?	O idoso acamado ou com problemas de locomoção recebeu visita domiciliar?	O idoso teve verificação de pressão arterial última consult
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	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
6	223										
7	224										
8	225										
9	226										
0	227		0								
1	228		0								
2	229		0								
3	230		0								
4	231		0								
5	232		0								
6	233		0								
7	234		0								
8	235		0								
9	236		0								
0	237		0								

Indicadores de Saúde do Idoso - Mês 3									
Dados para coleta	Número do idoso	Nome do idoso	O idoso está com pressão sustentada maior que 135/80mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica?	O idoso hipertenso foi rastreado para diabetes?	O idoso foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O idoso teve primeira consulta odontológica programática?	O idoso faltou à consulta programada?	O idoso que faltou à consulta recebeu busca ativa?	O idoso está com o registro na ficha espelho em dia?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de idosos cadastrados	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
226	223								
227	224								
228	225								
229	226								
230	227		0						
231	228		0						
232	229		0						
233	230		0						
234	231		0						
235	232		0						
236	233		0						
237	234		0						
238	235		0						
239	236		0						
240	237		0						

