

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma nº 5**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa na UBS Artilina,
Santa Vitoria Do Palmar/RS**

Ramon Sobrado Alvarez

**Pelotas, RS
2015**

Ramon Sobrado Alvarez

**Melhoria da qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa na UBS Artilina,
Santa Vitoria Do Palmar/RS**

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

Orientador: Thiago Santos de Souza

Pelotas, RS

2015

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

A473m Alvarez, Ramon Sobrado

Melhoria da Qualidade da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na UBS Artilina, Santa Vitoria do Palmar/RS / Ramon Sobrado Alvarez; Thiago Santos de Souza, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

106 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. Souza, Thiago Santos de, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

À Deus, ser supremo e credor nosso, por permitir-me chegar a este ponto e dar-me saúde para alcançar meus objetivos;

Aos meus colegas e amigos por compartilhar comigo momentos agradáveis e difíceis;

Aos orientadores que me ajudaram em consultoria e dúvidas apresentadas na preparação do trabalho;

E, por último, à minha família, pelo valor demonstrado e seu amor infinito que sempre me é demonstrado e por seu apoio incondicional.

Agradecimentos

Eu quero agradecer a todas as pessoas que fizeram possível a realização deste projeto:

À minha equipe de saúde, todos os profissionais que trabalham na unidade, por compreender a importância do trabalho unido, por todo o esforço, e pelo apoio em todos os momentos.

Ao meu Orientador, Thiago Santos de Souza, porque as suas orientações, a sua paciência, a sua persistência e o seu rigor acadêmico foram fundamentais para a elaboração do trabalho.

À UFPel que idealizaram este curso de Especialização em Saúde da Família, colaborando na educação permanente dos profissionais da saúde para melhorar a qualidade de atenção e a vida do povo brasileiro.

À minha família, fonte de apoio incondicional em minha vida, principalmente por terem demonstrado o seu valor de família unida mesmo eu estando afastado do nosso país.

À minha esposa e meus filhos pelo amor infinito e sua paciência.

E, por último, e não menos importante, à comunidade, em especial aos idosos que me receberam de braços abertos apoiando as atividades realizadas.

Muito obrigado para todos!

Resumo

SOBRADO ALVAREZ, Ramon. **Melhoria da qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa na UBS Artilina, Santa Vitoria Do Palmar/RS.** 2015. 104 fls. 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.

Atualmente a população idosa brasileira é de 10% e devido às mudanças significativas no mundo, tais como fatores econômicos, socioculturais e nutricionais, a expectativa de vida aumenta gradualmente, elevando assim o número de idosos em nossas comunidades. O aumento da proporção de pessoas idosas desencadeia desafios de todos os tipos e exigem dos Estados à geração de políticas que atendam às necessidades deste grupo da população. É classificada como idosa uma pessoa que tem 60 anos ou mais. O envelhecimento é caracterizado pela diminuição gradual das capacidades e funções do corpo e, por isso, o cuidado com essa população se faz cada vez mais necessário. O objetivo desta intervenção foi de melhorar a atenção à saúde da pessoa idosa na UBS Artilina em Santa Vitoria do Palmar/RS. Esta intervenção foi desenvolvida no período de 16 semanas participaram da intervenção 219 pessoas idosas. Obtive como resultado cobertura do programa saúde dos idosos de 94% do total dos idosos (219). Foi avaliada também a necessidade de atendimento odontológico, a quantidade de idosos com registro na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, este sendo alcançados 137 idosos (63%), avaliação de risco para morbimortalidade, para fragilização na velhice, da rede social. Receberam orientações sobre hábitos nutricionais saudáveis, prática de atividade física e cuidado de saúde bucal. Também foram avaliados exame clínico apropriado, histórico de HAS e/ou DM com solicitação de exames complementares em dia, conhecemos se o idoso encontra-se acamado ou com problemas de locomoção. Para a obtenção da informação foi utilizados o prontuário clínico, a caderneta do idoso e as fichas espelhos, assim como também a planilha de coleta de dados. Como resultados, a cobertura aumentou para 94,1% (206) em relação ao número de idosos estimados e em relação à qualidade da atenção a maioria dos indicadores também foi aumentando mês a mês. Os idosos faltosos foram identificados e foram realizadas as buscas ativas. A intervenção permitiu que os profissionais se capacitassem para realizar as ações e atividades baseadas nos protocolos do ministério da saúde. Como ganhos foi observado que a união de todos os profissionais da equipe e uma atenção com mais qualidade para um maior número de pessoas, aumentando assim o grau de satisfação dos usuários. Esta intervenção servirá de guia para a organização do trabalho com as demais ações programáticas da unidade incluindo o trabalho de conscientização da equipe sobre a importância da manutenção do programa, mesmo após o retorno dos médicos estrangeiros para seus países, pois a atenção aos usuários.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde da família; Saúde do Idoso; Assistência domiciliar; Saúde Bucal.

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de Saúde. Santa Vitória do Palmar/RS, 2015	63
Figura 2	Gráfico indicativo da proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia. Santa Vitória do Palmar/RS, 2015	65
Figura 3	Gráfico indicativo da proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia. Santa Vitória do Palmar/RS, 2015.	66
Figura 4	Gráfico indicativo da proporção de idosos com avaliação multidimensional em dia. Santa Vitória do Palmar/RS, 2015.	67
Figura 5	Gráfico indicativo da proporção de idosos com prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada. Santa Vitória do Palmar/RS, 2015	68
Figura 6	Gráfico indicativo da proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar. Santa Vitória do Palmar/RS, 2015	69
Figura 7	Gráfico indicativo da proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta. Santa Vitória do Palmar/RS, 2015	70
Figura 8	Gráfico indicativo da proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes. Santa Vitória do Palmar/RS, 2015.	71
Figura 9	Gráfico indicativo da proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Santa Vitória do Palmar/RS, 2015	71
Figura 10	Gráfico indicativo da proporção de idosos com primeira consulta odontológico programática. Santa Vitória do Palmar/RS, 2015	73
Figura 11	Gráfico indicativo da proporção de idosos faltosos as consultas que receberam busca ativa. Santa Vitória do Palmar/RS, 2015	73
Figura 12	Gráfico indicativo da proporção de idosos com registro na ficha espelha em dia. Santa Vitória do Palmar/RS, 2015	74
Figura 13	Gráfico indicativo da proporção de idosos com caderneta de saúde da pessoa idosa. Santa Vitória do Palmar/RS, 2015	75

Figura 14	Gráfico indicativo da proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia. Santa Vitória do Palmar/RS, 2015	77
Figura 15	Gráfico indicativo da proporção de idosos com avaliação para fragilização da velhice em dia. Santa Vitória do Palmar/RS, 2015.	78
Figura 16	Gráfico indicativo da proporção de idosos com avaliação da rede social em dia. Santa Vitória do Palmar/RS, 2015.	78
Figura 17	Gráfico indicativo da proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular. Santa Vitória do Palmar/RS, 2015	79
Figura 18	Gráfico indicativo da proporção de idosos que receberam orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia. Santa Vitória do Palmar/RS, 2015	80

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
Ead	
ESF	Estratégia Saúde da Família
DM	Diabetes Mellitus
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HGT	Hemoglicoteste
MS	Ministério de Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade
RS	Rio Grande do Sul
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
UFPel	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
TCC	Trabalho de conclusão do curso

Sumário

1	Análise Situacional	10
1.1	Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2	Relatório da Análise Situacional	11
1.3	Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	20
2.	Análise Estratégica.....	23
2.1	Justificativa	23
2.2	Objetivos e metas	24
2.2.1	Objetivo geral.....	24
2.2.2	Objetivos específicos e metas	25
2.3	Metodologia	26
2.3.2	Indicadores	50
2.3.3	Logística	54
2.3.4	Cronograma.....	57
3.	Relatório da Intervenção	58
3.1	Ações previstas e desenvolvidas.....	58
3.2	Ações previstas e não desenvolvidas.....	60
3.3	Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	60
3.4	Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	61
4.	Avaliação da intervenção	62
4.1	Resultados.....	62
4.2	Discussão	79
5.	Relatório da intervenção para gestores	85
6.	Relatório da Intervenção para a comunidade	87
7.	Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	90
	Referências.....	92
	Anexos.....	93
	Apêndices	97

Apresentação

Este trabalho de intervenção tratou sobre a melhoria da atenção à saúde do idoso na Unidade Básica de Saúde (UBS) Artilina e faz parte do trabalho de conclusão do curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), na modalidade Educação à Distância EaD, em parceria com a Universidade Aberta do SUS (UNASUS).

Esta intervenção foi realizada no período de 16 semanas e teve como objetivo qualificar a atenção à saúde dos idosos da área de abrangência da unidade levando em consideração o contexto dos problemas de saúde que afetam a qualidade de vida destes no território. Esta intervenção com os usuários idosos na comunidade nos proporcionou a base para utilizar o método de intervenção preventiva permitindo assim não só informar sobre as características das doenças como também motivar a prevenção e detecção precoce de complicações e fortalecer o vínculo com os usuários

Para melhor entendimento o trabalho está organizado em partes considerando a sequência indicada pelo curso. Na primeira parte apresentamos a Análise Situacional, na qual está descrita a situação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), as características da população e a estruturação de nosso processo de trabalho. Nela também faz parte a justificativa para a escolha do tema acordado.

Na segunda parte estão detalhadas as estratégias utilizadas pela equipe para que esta conseguisse alcançar suas metas e objetivos propostos, além dos indicadores que serão avaliados durante a intervenção.

Na terceira parte está descrito o relatório da intervenção onde serão considerados as ações previstas e desenvolvidas ou não ao longo da intervenção e está escrito sobre a coleta e sistematização de dados, assim como sobre a incorporação das ações à rotina da ESF.

Na quarta parte, são apresentados os resultados e as discussões da intervenção. E na última parte encontra-se os relatórios para os gestores e para a comunidade onde expõe os resultados alcançados com a intervenção, além da importância de continuar o trabalho. Ainda na última parte está a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem onde o autor descreve como foi a sua experiência com a intervenção e com a especialização levando em consideração as suas expectativas iniciais.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A Unidade Básica de Saúde (UBS) onde atuo está localizada no município de Santa Vitória do Palmar/RS. Ela não é uma unidade tradicional e não está localizada em um lugar de difícil acesso, já que embora se situe um pouco distante da cidade, é fácil de chegar na unidade temos diversos profissionais que trabalham em equipe para melhorar a saúde das pessoas.

Minha equipe é composta por uma técnica de enfermagem, uma enfermeira, um dentista e dois agentes comunitários de saúde (ACS). Além disso, há um assistente de limpeza formando esta equipe maravilhosa com a qual trabalhamos diariamente.

Quanto à estrutura temos uma sala para vacinação, uma sala para o dentista, uma recepção grande que tem muitas cadeiras, dois consultórios médicos e uma grande sala de reuniões, onde fazemos diferentes atividades com os grupos de usuários com hipertensão e diabetes, o qual é realizado todas as semanas, esse espaço, também, é utilizado para as reuniões da equipe.

O tamanho da unidade é apropriado para minha equipe, pois nossa área de abrangência não possui uma população muito grande. Apesar de nossa equipe ainda não estar completa todos trabalham com vontade de melhorar à saúde da população. Destacamos que nossa dentista só trabalha em um turno, fato que não tem colaborado para o atendimento da demanda de saúde bucal na unidade.

Na UBS dispomos de materiais que asseguram um bom trabalho, tais como alguns medicamentos e material para fazer curativos. Assim, temos excelentes condições estruturais, já que é uma unidade relativamente nova inaugurada em 2002.

Em relação ao processo de trabalho minha equipe faz visita domiciliar duas vezes na semana, onde visitamos os usuários com os principais problemas que os agentes comunitários identificam na área. Nós ainda fazemos atividades de promoção à saúde e prevenção de doenças crônicas, mais frequentes na comunidade.

Destaca-se que nossos usuários fazem os exames laboratoriais em dois locais no município, aqueles mais complexos são realizados em outras cidades com a ajuda da secretaria de saúde, que disponibiliza o transporte para levar a população. Contudo, o grande nó dessa questão é o tempo médio de espera para realização dos exames que é muito longo.

A relação com nossa comunidade é muito boa, já que existe uma comunicação adequada entre a equipe e a população, nós realizamos reuniões comunitárias a cada três meses para estar sempre orientando sobre o funcionamento da unidade e todas as coisas novas que acontecem no serviço.

Temos parceria com várias instituições do município tanto do setor saúde, como o CAPS e o hospital local, como com instituições da assistência social e a escola da área, a qual fazemos várias ações de promoção à saúde e prevenção de doenças com os diferentes grupos que alcançamos na unidade (usuários com HAS e DM, idosos e gestantes). Em nossa área não existe conselho local de saúde e os usuários têm como espaço para apresentar críticas e sugestões o dia que fazemos a reunião com a comunidade.

Estas foram algumas características da UBS onde atuo, ainda falta muito por fazer, mas acredito que temos condições para melhorar a saúde da população adstrita.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O Município de Santa Vitória do Palmar fica localizado no Estado do Rio Grande do Sul, e segundo dados do censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010, a cidade conta com 30.990 habitantes. Em relação ao sistema de saúde, existem 13 UBS, das quais oito atuam na lógica da Estratégia Saúde da Família (ESF) e duas UBS são tradicionais, as outras unidades ficam mais longe do município, duas perto da praia e outra no interior. Contamos ainda com apenas uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Em termos de disponibilidade de cuidados especiais, não temos muitos especialistas no município, o que implica no deslocamento dos usuários para fora do

município, fato que provoca atraso na condução dos casos. Na cidade contamos com alguns ginecologistas, pediatras, ortopedistas, dermatologistas e gastroenterologista. No município há um único hospital que não é público e temos muitas dificuldades com a realização dos exames, que são em sua maioria realizados em outras localidades.

Em relação a minha UBS, posso dizer que é uma UBS localizada na zona urbana, mas não mantém relação com instituições de ensino. Temos um hospital na cidade, a Santa Casa de Misericórdia, que está vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS); temos apoio também do CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) e a Casa Nova Vida, embora os usuários disponham de várias especialidades dentro do município (Cardiologia, Cirurgia geral, Dermatologia, Ginecologia, Fisioterapia, Nutrição, Obstetrícia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Psicologia, Psiquiatria, Traumatologia).

O modelo de atenção de minha UBS é baseado nos preceitos da ESF e temos apenas uma equipe de cuidados de saúde que é muito unida, ela é formada pela seguinte composição: 01 médico, 01 enfermeira, 01 coordenador (mesmo que enfermeiro), 01 técnica de enfermagem, 02 agentes comunitários de saúde (ACS), 01 auxiliar de serviços gerais, 01 recepcionista e 01 odontólogo.

De uma forma geral a estrutura física de minha UBS é muito boa, uma vez que é uma unidade relativamente nova e está em perfeitas condições de oferecer uma saúde integrada e com qualidade. Esse fato pode ser considerado como algo muito positivo, pois nos fornece condições de realizar todos os procedimentos adequados e espaços confortáveis para as consultas. Quanto aos ambientes temos uma recepção, uma sala de consultório médico e de odontologia, sem sanitários em ambas, temos uma cozinha, uma área de curativo, uma área de vacinação, uma sala de espera para usuários, um consultório de nutrição e um banheiro tanto para os trabalhadores quanto para os profissionais de saúde.

Na unidade ainda existe sala ginecológica, com sanitário privado, onde fazemos os exames ginecológicos, não existe na unidade sala para farmácia e/ou para armazenamento de medicamentos, sala para escovação supervisionada, sala de lavagem e descontaminação de material, não temos sala de nebulização, mas

existe uma sala de reuniões e de educação em saúde, onde fazemos as reuniões e as ACS podem organizar seu trabalho.

Em relação às atribuições da equipe realizamos rotineiramente teste rápido de HIV, sífilis, e glicose. Não é feito o teste rápido para gravidez, desfavorecendo a descoberta precoce de gestação. Na UBS não são realizadas pequenas cirurgias/procedimentos, mas são realizados atendimentos de urgências/emergências em dependência do tipo de urgência e estado do usuário. Se estas não puderem ser resolvidas nas unidades são encaminhadas rapidamente para o hospital do município.

Todas as semanas, às terças-feiras de manhã, ocorrem reuniões na UBS para analisar o processo de trabalho das equipes. Nós trabalhamos com diversos programas, tais como: Pré-natal, Puericultura, Saúde do Idoso e Planejamento Familiar. O profissional da UBS também realiza o cuidado domiciliar realizando a aferição da pressão, curativo, orientações, acompanhamento dos usuários, entrega de medicamentos, aplicação de medicação injetável, vacinação, colocar ou trocar sondas, etc. As visitas domiciliares são programadas principalmente junto aos ACS e são realizados tanto pelos profissionais de nível superior quanto pelos de nível médio.

Ainda desenvolvemos ações de vigilância epidemiológica e programamos o cronograma de atividades educativas com os diferentes grupos. Para melhorar o envolvimento de todos os membros da equipe discutimos as orientações da Especialização em Saúde da Família que nos propicia uma assistência na Atenção Básica com qualidade, humanizada, de forma responsável e ética.

Na unidade existe telefone fixo o que facilita a comunicação rápida com outros setores, ajudando a resolução de alguns problemas de forma mais imediata. O computador só é utilizado para digitação de documentos e revisão de protocolos, manuais e orientações. O Telessaúde não está instalado porque a conexão com internet é deficiente. Felizmente, temos materiais e equipamentos necessários à realização das atividades da UBS.

A equipe, embora tenha compromisso com a comunidade e com as atividades da unidade, tem dificuldades em alguns aspectos como a organização das atribuições de cada profissional. Outra dificuldade é não termos o Conselho Local de Saúde (CLS) para planejar, acompanhar, fiscalizar, avaliar e controlar a execução

das políticas, serviços e ações de saúde. Existem dificuldades no que se refere à falta de um transporte para poder realizar visitas aos lugares mais longes.

Quanto aos aspectos positivos da minha equipe posso dizer que ela é uma equipe dedicada à comunidade, que gosta de fazer seu trabalho da melhor maneira para resolver os problemas que afetam a comunidade, onde cada membro possui sua função e dá sua opinião, a qual é respeitada. A nossa dificuldade refere-se a quando temos que fazer visitas longe da UBS, uma vez que não temos transporte que atenda toda a demanda.

O número de pessoas que atendemos na UBS é de 1.700 habitantes, marcado por um público relativamente jovem, existem 40 menores de cinco anos, 1.113 pessoas entre 15 e 59 anos e 233 idosos. Esta unidade é apropriada para o número de pessoas cobertas que vivem na área e tem todas as condições necessárias para cuidar bem da população.

Em relação à atenção à demanda espontânea, posso dizer que há pouca dificuldade e as atividades são executadas de acordo com o agendamento. Isso permite servir muitos usuários que tem suas consultas programadas de acordo com os grupos, assim todos os dias fazemos o acompanhamento de grávidas, crianças, idosos, hipertensos, mas deixando sempre um espaço adequado para a realização dos casos de urgência e emergência.

No que concerne à saúde das crianças, nossas ações são executadas um dia por semana conforme o planejado e programado, onde há um acompanhamento adequado com o seguimento e agendamento das próximas consultas. Ressalte-se que temos buscado monitorar as crianças e tomar as medidas adequadas para resolver os problemas mais complexos. Temos dificuldade com os pais dos menores, pois muitos não dão às importâncias necessárias comuns a idade.

Na área de cobertura da equipe foram identificadas 18 crianças menores de um ano que realizam acompanhamento na unidade, correspondendo a 90% de cobertura, de um total de 20 crianças estimadas pelo caderno de ações programáticas. Isso revela que nossa equipe tem conseguido desenvolver um bom trabalho no seguimento e controle desse grupo.

Nossa unidade adota o manual do ministério da saúde, para fazer o seguimento de cada criança em nossa área, assim fazemos em cada consulta de puericultura prevenção, aplicação de vacinas e um atendimento de qualidade. Estão envolvidos nas consultas o médico clínico geral, auxiliado pelo enfermeiro, técnica de enfermagem e agente comunitário nas mensurações, além de colaborações da nutricionista.

No diálogo com as mães, seja nas consultas ou palestras abordamos os seguintes temas: Promoção do aleitamento materno, Orientação das mães e da família sobre os cuidados com o bebê, Promoção de hábitos alimentares saudáveis, Imunizações, Prevenção de acidentes, Avaliação nutricional e do desenvolvimento neuropsicomotor da criança, Prevenção de anemia, Diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, problemas de saúde bucal e problemas de saúde mental, Importância das consultas de puericultura, prevenção de violência e os problemas agudos mais frequentes.

Com relação à cobertura do pré-natal, analisando o Caderno das Ações Programáticas, temos 25 gestantes estimadas na área de abrangência, destas estamos atendendo nove, ou seja, 35% da cobertura. Os principais motivos são a falta de orientação às gestantes e à comunidade a respeito da importância de dar continuidade ao pré-natal na unidade. Também, outro motivo é que muitas gestantes querem fazer seguimento direito com o especialista ou com outro médico, além de existir na área muitas gestantes que vão embora para outras áreas.

A equipe busca a identificação precoce da gestante, oferecendo os cuidados e orientações necessários para que tenha uma gestação e puerpério saudáveis, diminuindo riscos para a mãe e para o bebê. Pouco a pouco este número está aumentando na medida em que as gestantes vão conhecendo o trabalho do Programa Mais Médico e da Estratégia de Saúde da Família. Porém, a falha da equipe na atenção ao pré-natal se dá pela detecção tardia de gestações.

As grávidas são atendidas uma vez por semana, visando prestar uma atenção apropriada de forma abrangente, conforme o protocolo do Ministério da Saúde para este grupo prioritário na atenção básica. Nas consultas avaliamos o mais cedo possível os riscos e realizamos visitas planejadas junto com os ACS. Algumas das dificuldades dizem respeito ao monitoramento apropriado e ao atraso dos exames, o

qual leva a grávida a retornar à consulta sem eles, tornando difícil efetuar o seguimento adequado.

As ações desenvolvidas de educação e saúde, foram: promoção do aleitamento materno, promoção de hábitos alimentares saudáveis, avaliação nutricional, promoção, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal, imunizações, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde mental, controle dos cânceres do colo de útero e mama por citologia e exame das mamas.

O cartão de pré-natal é solicitado e atualizado nos atendimentos e sempre conversamos com as gestantes sobre as dicas de alimentação saudável, sobre cuidados das mamas, importância do aleitamento materno, vacinação, sobre os cuidados com o recém-nascido, importância da saúde bucal na gravidez e assistência às consultas de odontologia, significado da evolução do peso na curva de ganho de peso do cartão de pré-natal, sobre os riscos do tabagismo, do álcool e das drogas na gravidez, importância de se realizar os exames laboratoriais em tempo. Também, conversamos sobre planejamento familiar e a importância de se realizar a revisão puerperal nos primeiros dias após o parto.

O risco gestacional é avaliado desde a primeira consulta de pré-natal, já que existem doenças prováveis de ocorrer durante a gestação. Os exames laboratoriais são sempre solicitados na primeira consulta mostrando, portanto, uma cobertura de 100%. O cartão vacinal sempre é solicitado ou confeccionado na primeira consulta, para que seja iniciado o esquema vacinal devido, caso haja necessidade. O sulfato ferroso sempre é prescrito a partir da 20ª semana para todas as gestantes.

O protocolo de atendimento utilizado na unidade de saúde é o Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde, que é utilizado apenas pelo médico e enfermeiro da equipe, mas o mesmo está disponível a todos os profissionais que se propuserem a utilizá-lo. Os atendimentos do pré-natal são registrados em prontuário clínico, formulário especial do pré-natal, ficha de atendimento odontológico e são arquivados com o prontuário da família.

No que concerne à prevenção do câncer de colo de útero e controle do câncer de mama, nós temos um nível de cobertura alto em nossa comunidade. A UBS tem 97% de cobertura de câncer de colo de útero, o equivalente a 453

mulheres de um total de 467 estimadas pelo caderno de ações programáticas, e 97% de cobertura de câncer de mama, o equivalente a 169 mulheres de um total de 175 estimadas. Este alto percentual é fruto da realização, pela equipe da UBS, de rastreamento do câncer de colo de útero de tipo oportunístico. Não existe protocolo de prevenção do câncer de colo uterino e sempre o médico investiga os fatores de risco para o câncer de colo uterino em todas as mulheres que realizam o exame. Esta ação é realizada para todas as mulheres com ou sem fator de risco, direcionado-as para a marcação de consulta com a enfermagem para fazer o exame, o qual é disponibilizado várias vezes na semana, visando garantir o atendimento para maior parte da demanda. Ressalta-se que os ACS ajudam na busca ativa de toda mulher que não realizou o exame encaminhando-as à unidade.

Existe um livro de registro específico para resultado de exame citopatológico, além do registro em prontuário clínico e formulário especial. Os registros específicos são revisados sem periodicidade definida, com a finalidade de verificar mulheres com exame de rotina alterado ou atrasado, buscando realizar o acompanhamento das mulheres com alterações e avaliar a qualidade do programa, além de verificar a completude dos registros.

A revisão dos arquivos é realizada pelo médico, enfermeira e técnica de enfermagem. Os exames de coleta são realizados de forma organizada e os materiais para sua realização estão sempre disponíveis na unidade. Os fatores de risco para câncer de colo uterino são investigados em todas as mulheres que realizam o exame citopatológico. Existe, também, uma sistematização das ações educativas para prevenção de câncer de colo uterino, realizadas na unidade de saúde que ajuda a disseminar mais conhecimentos à todas as mulheres da área.

Em relação aos esforços para a prevenção do câncer uterino estão as múltiplas atividades, desde medidas profiláticas mantidas através de conversas com vistas, até à disseminação de conhecimentos sobre os principais fatores de risco que aparecem nesta doença.

Destaca-se que uma das dificuldades é o fato de que muitas mulheres tem medo de fazer exames preventivos. Os membros da equipe estão treinados para fornecer informações para a comunidade a respeito da importância deste procedimento, de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde. Além disso,

estamos tentando enfrentar este fato com a discussão deste tema através das ações de educação em saúde para as mulheres, alertando-as sobre os fatores de risco que podem ser evitados.

Em relação aos usuários com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) atendemos a 353 pessoas com HAS, correspondendo a 93% da população, de um total de 380 estimadas pelo indicador de cobertura do caderno de ações programáticas. Já para os diabéticos acompanhamos 92 pessoas e temos um controle de 84% dos casos atendidos. Esta alta cobertura foi possível, pois em nossa área de saúde existem muitos casos de pessoas idosas e não idosas com estas doenças crônicas que precisam de atendimento médico. Atualmente, estes idosos encontram uma equipe de saúde que atende, diariamente, este público, favorecendo a um melhor tratamento com uso correto de medicação, realização de exames periódicos, aferição adequada da pressão arterial e realização de glicemia capilar. Assim, é possível conhecer a condição de saúde destes usuários, com o objetivo de orientá-los e de cuidar melhor da saúde dos mesmos. Os ACS, também, qualificam a atenção a este grupo, pois orientam, realizam visitas domiciliares e encaminham à unidade as pessoas com maiores problemas de saúde.

Em relação a esses usuários podemos dizer que existem grupos formados na unidade com objetivo de fornecer conhecimento adequado aos usuários sobre a sua doença e, portanto, modificar fatores de risco para melhorar seu padrão de vida e a mortalidade. Esses grupos também funcionam como grupos de passeios e encontros com pessoas de outras UBS para dar mais motivação a todos.

Nossa equipe mantém um acompanhamento desses usuários de uma forma global, de acordo com o protocolo do Ministério da saúde, avaliando seus riscos, bem como fornecendo informações sobre saúde e prevenção de agravos. Temos dificuldades com tratamentos diferentes, porque muitos não conseguem medicamentos na farmácia popular e são incapazes de fazer o tratamento adequado.

Em relação aos idosos, a estimativa do caderno de ações programáticas tem como número total 233 pessoas, das quais nós atendemos até agora 94%, isso quer dizer que 219 pessoas estão sendo acompanhadas na área da nossa equipe. Este alto indicador está relacionado a grande necessidade de assistência médica dos

idosos, apresentando uma alta demanda em nossa unidade pelos diferentes motivos. Este é o grupo etário com mais doenças crônicas passíveis de complicações e que necessita de atendimento e encaminhamento para outras especialidades, além de ser o grupo que mais precisa de medicamentos. Por todos estes motivos, a procura dos idosos aos serviços ofertados pela UBS é grande. Também, os ACS fazem busca ativa e visita aos idosos que residem sozinhos.

De uma forma geral, nossa equipe realiza o acompanhamento deste grupo etário todo o dia, em um conjunto de atividades típicas de sua idade como caminhadas e encontros, sempre prestando as orientações e fazendo aconselhamento nas visitas junto com os ACS.

O protocolo para o atendimento de idosos na unidade de saúde foi produzido pelo Ministério da Saúde no ano de 2006, sendo utilizado apenas pelo médico e enfermeiro, estando disponível a todos os membros da equipe. Também, existe a cartilha do Estatuto do Idoso que nos fornece informações sobre os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos (Lei Nº10. 741, de 1º de outubro de 2003).

As ações desenvolvidas na UBS, no cuidado aos idosos são: imunizações; promoção da atividade física, hábitos alimentares saudáveis, saúde bucal e saúde mental; diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, problemas de saúde bucal e problemas de saúde mental; diagnóstico tratamento do alcoolismo, obesidade e tabagismo; prevenção de acidentes; programação de visitas domiciliares e avaliação nutricional.

O registro de atendimento aos idosos é feito no prontuário clínico, ficha de atendimento odontológico e nutricional, ficha-espelho de vacinas, sendo todos arquivados, juntos, no mesmo envelope da família. A caderneta de saúde da pessoa idosa é solicitada e preenchida com as informações atuais do idoso. As atividades em grupos são realizadas uma vez ao mês na unidade e estão intimamente relacionadas à diabetes mellitus e hipertensão arterial, já que uma grande parte dos idosos são portadores dessas morbidades. Todos os membros da equipe participam dessas atividades.

As maiores dificuldades apresentadas durante a avaliação do processo de trabalho em relação à atenção ao idoso são: deficiência na avaliação de saúde

bucal, dificuldade para realizar a avaliação multidimensional rápida, ausência de investigação de indicadores de fragilização na velhice, inexistência de um arquivo específico para registros do atendimento dos idosos. Dentre os pontos positivos temos a presença e conhecimento do protocolo de atendimento ao idoso e do Estatuto do Idoso, a flexibilidade de horário para agendamento de consultas, a presença de caderneta de atenção à saúde da pessoa idosa e a realização de atividades de promoção e prevenção em saúde.

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

Para descrever a situação da UBS em relação às características da população, ao engajamento público, à estrutura da UBS e ao processo de trabalho foi necessário o preenchimento de questionários e análise da situação de saúde através do caderno de ações programáticas. Estas atividades permitiram a construção de indicadores tanto de cobertura quanto de qualidade, dessa forma, ao avaliar cada um desses instrumentos encontramos alguns aspectos positivos e negativos.

A análise da situação do engajamento público no território da UBS permitiu-nos avaliar tanto o investimento da equipe na relação com a população quanto ao próprio envolvimento da população com o serviço. A implantação do Conselho Local de Saúde, organizado, é importante para melhorar o conhecimento pela equipe dos problemas dos usuários da área, a organização, a gestão, o monitoramento e avaliação das ações de saúde e, também, é um instrumento do controle social fundamental para a melhoria das condições de saúde dos usuários. Outro ponto interessante foi à divulgação da Carta dos Direitos dos Usuários do Sistema Único de Saúde pelo curso, com ela percebemos a necessidade de envolver um representante da comunidade nos processos de discussão do serviço de saúde.

Nossa equipe precisa de maiores recursos e equipamentos que possibilitem a ação dos profissionais de saúde em relação ao compromisso de resolver os problemas de saúde da comunidade. Ao fazer uma avaliação sobre a estrutura física

da unidade, constatamos que a mesma é boa e que só precisa de alguns equipamentos para garantir atenção integral a comunidade.

A discussão do questionário sobre as atribuições dos profissionais e da atenção à demanda espontânea, foi muito importante para identificar que em nossa UBS, onde o território de atuação está bem definido, os profissionais estão envolvidos e centrados em oferecer um serviço com qualidade, realizando o cuidado em saúde e cumprindo com os princípios do SUS. Ainda temos que melhorar em alguns aspectos no que diz respeito às atribuições de cada profissional e às atribuições comuns a todos os membros da equipe, pois isso acaba gerando uma sobrecarga de trabalho para alguns profissionais, principalmente o médico. Passamos, também, a valorizar o acolhimento à comunidade, o qual tem se fortalecido.

Através do questionário sobre a atenção à saúde da criança, evidenciamos a fragilidade desse programa na unidade, principalmente pela visão figurativista de muitas mães. A valorização da comunidade está voltada para atendimento médico em situações de enfermidade. Essa situação causou inquietação da equipe, levando a buscar estratégias para mudar essa realidade. A atenção ao pré-natal e puerpério na UBS demonstrou-se satisfatória, chamando-nos a atenção apenas à baixa adesão das gestantes ao atendimento odontológico. Já o questionário do controle do câncer do colo do útero e de mama evidenciou a falta de arquivos específicos que facilitem o planejamento e monitoramento das ações voltadas para essa área.

Os questionários de atenção ao hipertenso, diabético e idoso também deixaram claro a dificuldade de adesão desses grupos à avaliação e cuidado de saúde bucal, gerando preocupação diante da relevante necessidade desse acompanhamento.

Com respeito à saúde bucal o trabalho pode ser melhorado integrando a equipe de saúde da UBS nas ações de atenção à saúde bucal para oferecer uma atenção multiprofissional e atividades de orientação sobre alimentação saudável e higiene bucal. Embora seja muito difícil mudar o pensamento curativo dos usuários, os quais ainda limitam a atenção odontológica ao tratamento das doenças e avaliam as ações de orientação coletiva como uma perda de tempo. Assim, cabe a nós

profissionais estimularmos a importância da promoção e prevenção de agravos na atenção primária.

2. Análise Estratégica

2.1 Justificativa

Atualmente a população brasileira idosa é de 10% e devido a mudanças significativas no mundo, tais como fatores econômicos, socioculturais e nutricionais, a expectativa de vida aumenta gradualmente, elevando o número de idosos em nossas comunidades. Esta mudança deve ser acompanhada de uma adequada qualidade de vida (Brasil, 2006). Sendo o envelhecimento ativo e saudável o grande objetivo desse projeto.

O maior desafio na atenção à pessoa idosa é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, elas possam redescobrir possibilidade de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível. Essa possibilidade aumenta na medida em que a sociedade considera o contexto familiar e social e consegue reconhecer as potencialidades e o valor das pessoas idosas. Visamos modificar e educar a população em saúde e, assim, alcançar impactos positivos ao longo do tempo na comunidade. O trabalho de equipes da Atenção Básica/Saúde da Família, as ações coletivas na comunidade, as atividades de grupo, a participação das redes sociais dos usuários, são alguns dos recursos indispensáveis para atuação nas dimensões cultural e social nas pessoas idosas. (BRASIL,2007; BRASIL,2006)

A UBS tem uma adequada estrutura física, pois possui todos os espaços para fornecer uma assistência adequada como: sala de vacina, sala de recepção, sala de curativo, dois consultórios médicos, uma sala de reuniões, uma sala de dentista, uma cozinha, uma sala de medida vital, além de vários sinais de banhos. A equipe da unidade é composta de uma técnica de enfermagem, uma enfermeira, uma dentista, dois agentes comunitário de saúde, um médico geral e um assistente de limpeza.

A população da área é de 1.700 pessoas, distribuídos de forma equitativa entre os sexos, predominantemente jovem, de área urbana, há o domínio da raça branca e estão inseridas num contexto de uma cidade com classe social pobre, onde um dos fatores de risco são sedentarismo e obesidade, sendo a maioria portadora de doenças crônicas como hipertensão e diabetes. Na unidade os usuários idosos constituem o maior número de consultas, bem como usuários com hipertensão arterial e diabetes, além das crianças. Temos uma cobertura atual de 219 idosos, que correspondem a 94% da população estimada para a área.

Avalio que o grau de implementação das ações pode ser melhorado, visto que nem todas estão implementadas na unidade. Como exemplo, precisamos melhorar a organização de registros, das agendas, bem como manter um registro de cada ação que é executada na unidade. Também precisamos aumentar as atividades coletivas oferecidas aos usuários, com sintomas de depressão ou ansiedade. Temos dificuldades muitas vezes de transporte para fazer a visitas aos idosos que moram mais longe da UBS. Por outro lado, alguns aspectos ajudam a intervenção como contarmos com uma equipe disposta e motivada a melhorar o padrão de vida da população idosa. Já trabalhamos com implementação de mais atividades no grupo de idosos com encontros amigáveis entre outros grupos

Os aspectos que podem ser melhorados na atenção à saúde da população alvo são primeiro de tudo, o aumento do número de visitas domiciliares aos usuários com dificuldade de locomoção e que residem longe da unidade, e neste ponto, necessitamos de apoio da secretaria da saúde. Devemos melhorar a avaliação da rede social e indicadores de fragilidade na velhice. Podem também ser melhorados a oferta e controle de medicamentos na farmácia e solicitação de exames complementares. Trabalhando esse e outros aspectos, esperamos atingir uma cobertura total da área com qualidade nos próximos meses.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar à atenção a saúde do idoso na Unidade Básica de Saúde Artilina, Santa Vitoria Do Palmar/RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do idoso.

METAS

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

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção à Saúde do Idoso na UBS.

METAS

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

. 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.

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

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

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

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

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

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

Objetivo 3: melhorar a adesão dos idosos ao Programa de saúde do idoso.

METAS

. Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

METAS

. Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

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

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

METAS

- . Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.
- . Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.
- . Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos.

METAS

- . Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.
- . Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.
- . 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 Artilina, Santa Vitoria Do Palmar/RS. Participação da intervenção 219 idosos.

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: 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.

Detalhamento

Para executar esta ação que vamos realizar reuniões nos espaços públicos da comunidade, onde ajudem muitos idosos e onde um representante da equipe fornecerá informações sobre esse tópico para a comunidade.

Para executar esta ação podemos fixar informações na entrada da UBS sobre o assunto, para que os usuários tenham conhecimento do programa para o idoso e o do projeto. As reuniões com os membros da comunidade pode ser uma conversa com eles sobre o assunto, uma vez que este encontro envolverá os usuários de toda a área e eles podem transmitir informações.

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.

Capacitações da equipe da unidade de saúde para a Política Nacional de Humanização.

Detalhamento

Para fazer esta ação logo de cada reunião à equipe fizera uma capacitação do tema com previa preparação da equipe para conhecimento do mesmo. Onde o responsável de esta ação seria o médico.

Para realizar esta ação vamos a fazer uma capacitação para as ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço. O médico e enfermeira seriam as responsáveis do processo.

Para executar esta ação serão o responsável a técnica de enfermagem, a qual será feita depois da reunião da equipe segundo o cronograma, dará um treinamento para todos os membros da equipe sobre a Política Nacional de Humanização.

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

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

Ação

Monitorar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anual em todos idosos acompanhados pela 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 três meses para diabéticos.

Ação

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

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

Ações

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.

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

Ação

Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular / Hiperdia

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

Ação

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

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

Ação

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

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

Ação

Monitorar o número idoso submetido a rastreamento para HAS, periodicamente (pelo menos anualmente).

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).

Ação

Monitorar número idoso com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM, periodicamente (pelo menos anualmente).

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

Ação

Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de idosos.

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

Ação

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

EIXO: Monitoramento e avaliação

Detalhamento 2.1: Monitorar esta ação definindo uma pessoa responsável da equipe pelo monitoramento na UBS, o médico da equipe serão o responsável pelo monitoramento de esta ação, para realizar um bom monitoramento da mesma.

Detalhamento: 2.2 Para executar esta ação na UBS, em reunião de equipe, iremos definir um responsável pela execução do monitoramento de idosos que estão sendo atendidos em nossa unidade.

Detalhamento: 2.3 Para executar esta ação vamos contar com ajuda dos ACS durante visitas domiciliares, para monitorarem os usuários idosos com estas patologias que têm testes laboratoriais solicitados por lá UBS com a periodicidade recomendada e poderem apresentar a médico.

Detalhamento: 2.4 Para executar esta ação, nós vamos ter uma agenda na UBS para monitorar todos os exames dos idosos com essas doenças crônicas, também vamos contar com ajuda dos ACS para monitorar as visita os usuários idosos com hipertensão e diabetes que têm exames laboratoriais solicitados.

Detalhamento: 2.5 Para executar esta ação, a auxiliar de enfermagem será responsável para monitorar disponibilidade das medicações do HIPERDIA na farmácia Popular.

Detalhamento: 2.6 Para realizar esta ação, os ACS que realizarão um cadastro de todos os idosos acamados ou com problema de locomoção para poder monitorá-lo.

Detalhamento: 2.7 Para desenvolver esta ação, o médico monitorará através da agenda organizada com todas as visitas domiciliares feitas para cada acamado idoso ou com problema de locomoção.

Detalhamento: 2.8 Para executar esta ação o médico fará o monitoramento para o rastreamento para HAS dos idosos periodicamente.

Detalhamento: 2.9 Para executar esta ação iremos definir o responsável (a enfermeira) por isso e terá uma agenda para colocar idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmhg para serem submetidos a rastreamento para DM.

Detalhamento: 2.10 A equipe odontológica será responsável pelo monitoramento na UBS, e com os ACS vamos conhecer as necessidades reais de cada tratamento odontológico de idoso em nossa área.

Detalhamento: 2.11 Para executar esta ação vamos realizar um registro dos idosos que requerem acompanhamento odontológico que será feito com apoio da ACS, realizando questionamentos nas visitas domiciliares.

EIXO: Organização e gestão do serviço

Ação: 2.1 Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropométrica, Tabela de Snellen...).

Ação: 2.1.2 Definir as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos.

Ação: 2.2 Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Ação: 2.2.1 Garantir busca a idosos que não realizaram exame clínico apropriado.

Ação: 2.2.2 Organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Ação: 2.2.3 Garantir a referência e contra referência de usuários com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades.

Ação: 2.3 Garantir a solicitação dos exames complementares

Ação: 2.3.1 Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Ação: 2.3.2 Estabelecer sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados

Ação: 2.4 Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Ação: 2.4.1 Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Ação: 2.5 Garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa.

Ação: 2.6 Organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção

Ação: 2.7 Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS.

Ação: 2.7.1 Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

Ação: 2.8 Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM.

Ação: 2.8.1 Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Ação: 2.8.2 Criar sistema de alerta na ficha de acompanhamento para indicador o idoso que provavelmente terá que realizar o hemoglicoteste.

Ação: 2.9 Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde.

Ação: 2.9.1 Cadastrar os idosos na unidade de saúde.

Ação: 2.9.2 Oferecer atendimento prioritário aos idosos na unidade de saúde.

Ação: 2.9.3 Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos

Ação: 2.10 Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde.

Ação: 2.10.1 Monitorar a utilização de serviço odontológico por idosos da área de abrangência.

Ação: 2.10.2 Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.

Ação: 2.10.3 Oferecer atendimento prioritário aos idosos.

Detalhamento: 2.1 Para fazer esta ação vamos assegurar através do Secretário de saúde do município recursos necessários para desenvolver esta ação, será feita na UBS, e o responsável será o médico da equipe.

Detalhamento: 2.1.2 Para definir essas atribuições vamos fazer uma reunião da equipe básica de saúde onde cada membro, de acordo com sua capacidade. A nutrição, visão, audição, Incontinência, atividade sexual, física será de responsabilidade do médico e do enfermeiro; memória e cognição do humor-depressão será responsabilidade da técnica de enfermagem. No domicílio e social, contaremos com o apoio de agentes comunitários e, portanto, cada um tem uma atribuição à avaliação multidimensional para levar na UBS.

Detalhamento: 2.2 Para esta ação, vamos realizar uma reunião com a equipe onde se irão distribuir as responsabilidades de cada um. Responsável pela atividade física e orientações nutricionais será enfermeira; a técnica de enfermagem pelo peso e retirada da pressão arterial, o médico será responsável pelo IMC e a estratificação de risco para cada idoso. Desta forma, cada membro da equipe terá um papel significativo nesta ação.

Detalhamento: 2.2.1 Para executar esta ação vamos contar com a ajuda da comunidade e dos trabalhadores que serão os responsáveis políticos que olhem para cada pendente idoso realizar exame clínico adequado e então ter controle do mesmo.

Detalhamento: 2.2.2 Para executar esta ação a técnica de enfermagem da UBS irá organizar uma agenda que está sendo criada para idosos que foram realizadas a busca ativa, como forma a organizar o trabalho.

Detalhamento: 2.2.3 Para garantir a referência e contra referência de usuários com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades, iremos registrar todo idoso que foi realizado encaminhamento ao neurologista, para então cobrar a contra referência do usuário para a Unidade que foi encaminhada.

Detalhamento: 2.3 Para realizar esta ação, o médico solicitará ajuda do secretário municipal de saúde para garantir a solicitação dos exames diferentes, para que o mesmo tenha os usuários tenham os exames recomendados.

Detalhamento: 2.3.1 Para executar esta ação, o médico solicita o gerente municipal de saúde para buscar alternativas viáveis para os exames seja agilizado e ofertado a todos os idosos de acordo com o protocolo.

Detalhamento: 2.3.2 Para executar esta ação colocamos uma equipe de saúde que pode ser a enfermeira para monitorar as fichas clínicas de todos os idosos que não realizaram os exames complementares e realizar nova solicitação dos mesmos.

Detalhamento: 2.4 Para realizar esta ação iremos criar uma agenda onde gravamos cada droga do idoso pesquisado e que será controlado em grupos que fazemos mensalmente.

Detalhamento: 2.4.1 Para realizar esta ação, a enfermeira e o médico fará levantamento das medicações que necessitará para suprir a necessidade de acordo com lista dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade registrando em formulário de controle de estoque, sendo realizado mensalmente.

Detalhamento: 2.5 Para fazer isso, nós vamos contar com a ajuda de agentes comunitários que registraram cada acamado idoso ou com problema de locomoção.

Detalhamento: 2.6 Para esta ação definiremos um responsável a enfermeira que organizará a agenda, onde ela agendará todo o idoso que exigem umas visitas em casa, contando também com suporte de trabalhadores de saúde comunitários.

Detalhamento: 2.7 Por essa ação a equipe vai priorizar o atendimento de cada idoso portador de HAS na UBS. Fornecemos-lhe respeito, amor, comunicação e informação útil e valiosa de sua doença através de um acolhimento de qualidade, sendo dado pela enfermeira ou técnica de enfermagem.

Detalhamento: 2.7.1 Para executar esta ação, o médico solicitará via ofício, o gerente de saúde para garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

Detalhamento: 2.8 Por essa ação a equipe vai priorizar o cumprimento de cada idoso portador de HAS da UBS. Fornecemos-lhe respeito, amor, comunicação e informação útil e valiosa de sua doença, através de uma pequena orientação no início, que pode ser dada pela enfermeira ou técnica.

Detalhamento: 2.8.1 Para executar esta ação vamos falar com o gerente para garantir adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento: 2.8.2 Para executar esta ação, a enfermeira-chefe monitorará as fichas clínicas de todos os idosos que não realizaram os exames complementares, sinalizando-as para passar por avaliação do médico e realizar nova solicitação de exames.

Detalhamento: 2.9 O médico em reunião de equipe, organizará o acolhimento, fazendo escala de responsável sobre o acolhimento.

Detalhamento: 2.9.1 Para executar esta ação vamos contar com a ajuda de agentes comunitários de saúde todos os idosos de nossa área, vamos cadastrar todos os idosos que vêm por qualquer razão para a UBS e definir um responsável pela equipe básica de saúde.

Detalhamento: 2.9.2 Para realizar esta ação vamos priorizar o cumprimento de todos os idosos frequentando a UBS. Iremos divulgar na Comunidade através de reuniões na Comunidade, na escola e na igreja que todo idoso tem o direito de ser tratado com prioridade na UBS.

Detalhamento: 2.9.3 Para realizar esta ação, a equipe vai organizar com o dentista a agenda de atendimento para cada idoso. Podendo ser agendado um dia especialmente para os idosos.

Detalhamento: 2.10 Para executar esta ação definiremos um responsável por este monitoramento que pode ser o dentista de equipe básicos de saúde.

Detalhamento: 2.10.1 Para executar esta ação, o dentista será responsável de monitorar os idosos que fazem utilização do serviço odontológico.

Detalhamento: 2.10.2 Para realizar esta ação, o médico organizará com o dentista a agenda de atendimento para cada idoso. Podendo ser agendado um dia especialmente para os idosos.

Detalhamento: 2.10.3 Em reunião de equipe, o médico orientará aos trabalhadores sobre o estatuto do idoso, que garante atendimento prioritário aos idosos.

EIXO: Engajamento Público

Ação: 2.1 Orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável.

Ação: 2.1.1 Compartilhar com os usuários as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social.

Ação: 2.2 Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Ação: 2.3 Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

Ação: 2.3.1 Orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Ação: 2.4 Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Ação: 2.5 Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da Unidade de Saúde.

Ação: 2.6 Orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar.

2.6.1 Orientar a comunidade sobre a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Ação: 2.7 Orientar a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade.

Ação:2.7.1 Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS.

Ação: 2.8 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.

Ação:2.8.1 Orientar à comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM.

Ação: 2.9 Informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de idosos.

Ação: 2.10 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.

Ação: 2.10.1 Esclarecer a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais.

Ação: 2.10.2 Ouvir a comunidade sobre estratégias para captação de idosos para acompanhamento odontológico.

Detalhamento: 2.1 Para executar esta ação vamos realizar reuniões com a Comunidade (a cada três meses) para informar e educar a população sobre as avaliações multidimensionais. Ela dará conta de diferentes grupos sobre diferentes assuntos. Também iremos colocar informações no mural na entrada da UBS para que a população oriente-se.

Detalhamento: 2.1.1 Para esta ação, o médico fará palestras na UBS com os usuários para que exponham seus pontos de vista sobre as condutas esperadas em cada consulta.

Detalhamento: 2.2 Para executar esta ação, a equipe realizará reuniões com a comunidade (a cada três meses) para informar e educar a população 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. O médico e a enfermeira orientarão diferentes grupos sobre diferentes assuntos. Também iremos colocar informações no mural na entrada da UBS para que a população se oriente.

Detalhamento: 2.3 A equipe realizará encontros em espaços públicos como escolas, Igreja e na UBS onde um representante da equipe básica de saúde fornecerá informações quanto à necessidade de realização de exames complementares.

Detalhamento: 2.3.1 Para fazer esta ação, vamos entrar em contato com os representantes da comunidade e das diferentes igrejas na área aonde um grande número de usuários vem, para orientá-los quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares. Será solicitado para comunidade, apoio no sentido de expandir informações em toda a população. Também na nossa área de saúde a cada 3 meses será realizada uma reunião com a comunidade, onde poderá

esclarecer e informar a comunidade sobre este tópico e outros de interesse para seu maior conhecimento. Podemos também ter o apoio da escola onde podemos informar os pais para divulgar todas as informações necessárias.

Detalhamento: 2.4 Para executar esta ação, iremos realizar reuniões em todas as escolas públicas e espaços como: Igrejas e na própria UBS, a equipe de enfermagem, médico e ACS fornecerá informações direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso. Também podemos usar a rádio do município para fornecer orientação para um maior número de pessoas.

Detalhamento: 2.5 Para executar esta ação a equipe irá colocar na UBS informações necessárias para que cada usuário tenha conhecimento do programa de atenção.

Detalhamento: 2.6 Para efetuar esta ação colocaremos em pauta nas escolas, e diferentes grupos de idoso, sobre quais são os casos que devem solicitar a visita domiciliar, assim como os agentes comunitários de saúde divulgar na Comunidade.

Detalhamento: 2.6.1 Para fazer esta ação vamos entrar em contato com os representantes da comunidade e das diferentes igrejas da área onde um grande número de usuários vem, para orientá-lo como proceder nos casos que necessitem de visita domiciliar. Solicitará para comunidade apoio no sentido de expandir informações em toda a população para seu conhecimento. Também na nossa área de saúde a cada 3 meses será realizada uma reunião com a comunidade, para esclarecimento sobre este tópico e outros de interesse para seu maior conhecimento. Solicitaremos também o apoio da escola onde podemos informar os pais para divulgar todas as informações necessárias.

Detalhamento: 2.7 Para realizar esta ação, a equipe desenvolverá palestras na UBS sobre a importância de medir a pressão arterial em todos os idosos. Orientar os trabalhadores da Comunidade sobre a necessidade de medir a pressão arterial para os idosos em cada casa da comunidade onde for realizada visita.

Detalhamento: 2.7.1 Para executar esta ação, a enfermeira colocará informações detalhadas sobre fatores de risco de HAS na UBS, para que a Comunidade tenha acesso. O médico, enfermeira, auxiliares de enfermagem e ACS, irão diferentes grupos de idoso falando sobre esses fatores, expondo vídeos sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS.

Detalhamento: 2.8 Para alcançar essas ações iremos fornecer palestras aos usuários sobre este assunto, vamos orientar a comunidade com os ACS sobre 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.

Detalhamento: 2.8.1 Para alcançar essa ação, iremos fornecer palestras aos usuários e vamos orientar a comunidade com os ACS sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM.

Detalhamento: 2.9 Para realizar esta ação iremos realizar reuniões em espaços públicos, com a ajuda do cirurgião-dentista para relatar sobre importância de avaliar a saúde bucal de idosos e criar um maior impacto com a participação do cirurgião-dentista. Vamos orientar a população com a ajuda dos trabalhadores da comunidade sobre este assunto.

Detalhamento: 2.10 Contaremos com os representantes da comunidade e das diferentes igrejas na área para assistir um grande número de usuários e orientá-los sobre atendimento odontológico prioritário de idosos e de sua importância para saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na Unidade de Saúde. Vamos pedir apoio da comunidade no sentido de expandir as informações para toda a população. Também na nossa área de saúde a cada três meses, realizaremos uma reunião com a comunidade, onde se poderá esclarecer e informar a comunidade sobre este tópico e outros de interesse para seu maior conhecimento. Podemos também ter o apoio da escola, onde podemos informar aos pais para conseguir divulgar todas as informações necessárias.

Detalhamento: 2.10.1 Para executar esta ação a equipe conduzirá reuniões em lugares públicos e na comunidade com ajuda do dentista, orientando a todos da comunidade sobre a importância de um exame oral.

Detalhamento: 2.10.2 Para desenvolver essa ação, iremos ouvir todas as opiniões dadas pela população em espaços diferentes nos grupos e reuniões sobre estratégias para captação de idosos para acompanhamento odontológico.

EIXO: Qualificação da Prática Clínica

Ação: 2.1 Capacitar os profissionais para o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pela UBS.

Ação: 2.1.1 Treinar a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida.

Ação: 2.1.2 Treinar a equipe para o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas.

Ação: 2.2 Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Ação: 2.2.1 Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas

Ação: 2.3 Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares.

Ação: 2.4 Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes.

Ação: 2.4.1 Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia

Ação: 2.5 Capacitar os ACS para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência.

Ação: 2.6 Orientar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Ação: 2.6.1 Orientar os ACS para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar

Ação: 2.7 Capacitar a equipe da Unidade de Saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Ação: 2.8 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.

Ação: 2.9 Capacitar a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em idosos.

Ação: 2.10 Capacitar a equipe para realizar acolhimento do idoso de acordo com protocolo.

Ação: 2.10.1 Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico.

Ação: 2.10.2 Capacitar os ACS para captação de idosos.

Ação: 2.10.3 Capacitar os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para idosos.

Detalhamento: 2.1 Para esta ação, vamos realizar uma capacitação para todos os equipamentos de saúde, que serão realizadas sempre no final do

atendimento e estudo sobre o assunto na reunião da equipe, para uma melhor compreensão. Esta ação será desenvolvida pelo médico.

Detalhamento: 2.1.1 Para executar esta ação, o médico vai treinar a equipe sobre o que é uma avaliação multidimensional rápida e como aplicá-la.

Detalhamento: 2.1.2 Para executar esta ação, a medição irá realizar uma capacitação para toda equipe sobre como ela deve ser a avaliação multidimensional rápida, como identificar idosos com uma maior complexidade.

Detalhamento: 2.2 O médico e a enfermeira irão realizar uma demonstração dos principais exames clínicos na unidade básica que deverão ser executados nos idosos.

Detalhamento: 2.2.1 Para executar esta ação, o médico irá fazer um treinamento após a reunião da equipe dos principais procedimentos clínicos em consultas e como deverão ser registrados.

Detalhamento: 2.3 Para executar esta ação, o médico irá fazer um treinamento após a reunião da equipe dos principais procedimentos clínicos nas consultas de acordo o protocolo adotado pela UBS e quando solicitar os exames complementares.

Detalhamento: 2.4 O médico realizará capacitação aos profissionais da equipe de saúde, orientando sobre o tratamento de hipertensão e/ou diabéticos.

Detalhamento: 2.4.1 O médico realizará capacitação aos profissionais da equipe de saúde, orientando sobre repasse de informação aos usuários de como ter acesso a drogas de farmácia popular.

Detalhamento: 2.5 Para a ação, o médico e a enfermeira treinarão os agentes comunitários de saúde a procurem os idosos acamados com problema de locomoção em visitas domiciliares, as quais eles executam diariamente para poderem realizar o cadastramento destes idosos.

Detalhamento: 2.6 O médico orientará os ACS em reunião de equipe sobre os cadastros dos idosos, como identificar os idosos que necessitam de acompanhamento domiciliar por serem acamados ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: 2.6.1 Em reunião de equipe, o médico reforçará como os ACS farão reconhecimento dos idosos que necessitam de visita domiciliar.

Detalhamento: 2.7 Para fazer isso, o médico e a enfermeira treinarão a técnica de enfermagem da maneira correta de verificar a pressão arterial para evitar erros.

Detalhamento: 2.8 Para desenvolver esta ação, a enfermeira administrará palestras sobre a maneira correta de medir os níveis de açúcar no sangue na UBS de todos os usuários que apresentam risco de DM.

Detalhamento: 2.9 Em relação a esta ação vamos receber por meio do dentista uma capacitação adequada das principais necessidades odontológicas nos idosos.

Detalhamento: 2.10 Vamos realizar esta ação através de um treinamento de acolhimento para todos os profissionais, em nossa unidade, de acordo com o protocolo que nós escolhemos seguir. Esta ação será administrada pelo médico.

Detalhamento: 2.10.1 O odontólogo será responsável em desenvolver esta ação para toda a equipe de saúde, para pesquisar e identificar cada problema dentário de idoso que é valorizado pelo dentista.

Detalhamento: 2.10.2 Para executar esta ação, o médico e a enfermeira, vão executar um treinamento no final da reunião de equipe de forma de captação de todos os idosos da área.

Detalhamento: 2.10.3 Para isso, a equipe, junto com o dentista, desenvolverá uma formação sobre como realizar a primeira consulta agendada aos 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

EIXO: Monitoramento e avaliação

Ação: 3.1 Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela unidade de saúde.

Detalhamento: 3.1 Para realizar esta ação, a enfermeira será responsável para monitorar a periodicidade com que sejam efetuadas as consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela unidade de saúde.

EIXO: Organização e gestão do serviço

Ação: 3.1 Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

Ação: 3.1.1 Organizar a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: 3.1 Para executar esta ação, o médico e a enfermeira irão agendar todos os idosos faltosos para realizar uma visita domiciliar para saber a razão da falta.

Detalhamento: 3.1.1 Para executar esta ação o médico e a enfermeira organizarão uma agenda que estará disponível na recepção para colocar todos os idosos provenientes de busca em casa, realizada pelos agentes comunitários.

EIXO: Engajamento Público

Ação: 3.1 Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Ação: 3.1.1 Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos idosos (se houver número excessivo de faltosos).

Ação: 3.1.2 Esclarecer os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: 3.1 Para esta ação, o médico fará contato com representantes da Comunidade e das diferentes igrejas na área, onde alcançaremos um grande número de usuários, com intuito de orientá-los sobre a importância de realização das consultas. Vamos pedir apoio da Comunidade no sentido de obter mais informações na população para seu conhecimento.

Detalhamento: 3.1.1 Para executar esta ação, a equipe irá ouvir todas as opiniões que a população irão sugerir-nos diferentes espaços.

Detalhamento: 3.1.2 Para executar esta ação, a equipe desenvolverá palestras em lugares públicos na comunidade, sobre a frequência de consultas que deverá ser realizada pelos idosos na UBS.

EIXO: Qualificação da Prática Clínica

Ação: 3.1 Treinar os ACS para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Ação: 3.1.1 Definir com a equipe a periodicidade das consultas.

Detalhamento: 3.1 Para realizar esta ação, o médico vai treinar a equipe a informar a população sobre a importância de realizar as consultas e respeitar a periodicidade.

Detalhamento: 3.1.1 Para fazer realizar a ação, vamos realizar uma reunião com todos os membros da equipe para definir juntos, como se dará o atendimento dos idosos, segundo a frequência necessária.

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

Ação: 4.1 Monitorar a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde

Ação: 4.2 Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Detalhamento: 4.1 Para esta ação, a enfermeira será responsável para monitorar os registros dos idosos acompanhados.

Detalhamento: 4.2 Para executar esta ação os profissionais de acordo forem atendendo os idosos, farão monitoramento de sua caderneta de saúde. Teremos uma agenda com todos os nomes de cada idoso no computador para sinalizar os que estão atualizados e os que não estão atualizados.

EIXO: Organização e gestão do serviço

Ação: 4.1 Manter as informações do SIAB atualizadas.

Ação: 4.1.1 Implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos.

Ação: 4.1.2 Pactuar com a equipe o registro das informações.

Ação: 4.1.3 Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Ação: 4.1.4 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.

Ação: 4.2 Solicitar ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Detalhamento: 4.1 Para executar esta ação, a enfermeira será responsável por alimentar informação no SIAB mensalmente.

Detalhamento: 4.1.1 Para executar esta, o médico em reunião de equipe, orientará os profissionais que implantará um guia específico de atendimento para cada idoso e com isso poderemos recolher informações detalhadas de cada um com maior brevidade.

Detalhamento: 4.1.2 Esta ação será desenvolvida pela equipe, onde o médico pactuará com a equipe o registro das informações adequadas dos idosos.

Detalhamento: 4.1.3 Para fazer esta ação, o médico será responsável em monitorará o monitoramento dos registros na ficha específica para atendimento dos idosos.

Detalhamento: 4.1.4 Para executar esta ação, a enfermeira-chefe monitorará todos os atrasos que possam existir no acompanhamento dos idosos e organizará um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização da Avaliação Multidimensional Rápida e dos demais procedimentos preconizados.

Detalhamento: 4.2 Para executar esta ação, o médico solicitará a gerente municipal de saúde a disponibilizar cadernetas de saúde da pessoa idosa que precisamos.

EIXO: Engajamento Público

Ação: 4.3 Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Ação: 4.4 Orientar os idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção.

Detalhamento: 4.3 Para executar esta ação, os ACS irão organizar reuniões com a comunidade que será realizada a cada três meses para informar e educar a população sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: 4.4 Para executar esta ação vamos a lugares públicos tais como igreja, escola para alertar a comunidade da importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção, informando o que ela oferece sobre saúde e acompanhamento.

Para realizar este detalhamento a equipe utilizou a escola da comunidade para levar informação a toda a população da área, onde sempre fizemos reuniões já que foi muito mais acessível e com maiores condições para poder reunir a comunidade ,aproveitando o apoio dos professores e também dos alunos. Além disso, fica mais perto da unidade o que facilitou sempre o trabalho em equipe com a escola, buscando melhorar acercamento com toda a comunidade. Na igreja não conseguimos fazer reuniões já que foi muito difícil poder reunir no horário adequado a população, a pesar de que existe um grande numero de pessoas religiosas em nossa área.

EIXO: Qualificação da Prática Clínica

Ação: 4.1 Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos.

Ação: 4.2 Capacitar a equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa

Detalhamento: 4.1 Para executar esta ação, o médico vai treinar os membros da equipe para o preenchimento correto de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos.

Detalhamento: 4.2 Para executar esta ação em nossa unidade, o médico e a enfermeira, realizará uma formação após a reunião de equipe, sobre o preenchimento correto da caderneta de saúde do idoso, para fazê-lo corretamente. Atentando sobre a importância de não deixar qualquer item de valor sem preenchimento, explicando a cada um o passo para sua melhor compreensão.

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

Metas 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

Ação: 5.1 Monitorar o número de idosos de maior risco de morbimortalidade Identificados na área de abrangência

Ação: 5.2 Monitorar o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice.

Ação: 5.3 Monitorar a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS.

Detalhamento: 5.1 Para fazer isso, as ACS serão responsáveis por toda a área de sua responsabilidade, para monitorar os idosos que têm maior risco de morbidade e mortalidade.

Detalhamento: 5.2 Para executar esta ação, os ACS serão responsáveis, para que durante visitas domiciliares monitorem os usuários idosos, registrando indicação de fragilização na velhice quando detectar caso.

Detalhamento: 5.3 O médico e os ACS serão responsáveis por monitorar a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS.

EIXO: Organização e gestão do serviço

Ação: 5.1 Priorizar o atendimento a idosos de maior risco de morbimortalidade

Ação: 5.2 Priorizar os atendimentos idosos fragilizados na velhice

Ação: 5.3 Facilitar o agendamento e a visita domiciliar aos idosos com rede social deficiente

Detalhamento: 5.1 Para executar esta ação, a recepcionista irá priorizar o atendimento dos idosos que forem avaliados com maior risco de morbimortalidade. Toda equipe terá ciência dos indicadores que utilizaremos como critério para essa definição

Detalhamento: 5.2 Para executar esta ação, o médico fará reunião com todos os membros da equipe, para saber que deve priorizar a manutenção de todos os idosos fragilizados por conta da velhice.

Detalhamento: 5.3 Para efetuar esta ação, o médico e a enfermeira, irão criar uma agenda de prioridade para os idosos e para visitar com mais frequência os idosos com rede social fragilizada.

EIXO: Engajamento Público

Ação: 5.1 Orientar os idosos sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco.

Ação: 5.2 Orientar os idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente

Ação: 5.3 Orientar os idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde.

Ação: 5.3.1 Estimular na comunidade a promoção da socialização da pessoa idosa (trabalhos em igrejas, escolas, grupos de apoio...) e do estabelecimento de redes sociais de apoio.

Detalhamento: 5.1 Para esta ação a equipe dará às idosas palestras sobre os diferentes tipos de risco e a importância do acompanhamento mais comuns na UBS e principalmente quando apresentar alto risco

Detalhamento: 5.2 Para executar esta ação, a equipe reunirá com a comunidade, a cada três meses, para enfatizar a importância do acompanhamento mais frequente de todos os idosos da área.

Detalhamento: 5.3 A equipe de saúde, realizarão aos idosos e todos da comunidade durante as consultas e nos encontros com os grupos, sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde.

Detalhamento: 5.3.1 Para esta ação, o contato com os representantes da Comunidade e igrejas da área, será fundamental. Em nossas reuniões apontaremos e instigaremos a formações de grupos, cooperativas de artesanato, teatro e etc., no sentido de fortalecer as redes sociais e comunitárias para os idosos.

EIXO: Qualificação da Prática Clínica

Ação: 5.1 Capacitar os profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa

Ação: 5.2 Capacitar os profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice

Ação: 5.3 Capacitar a equipe para avaliar a rede social dos idosos.

Detalhamento: 5.1 Para esta ação, o médico e a enfermeira realizará uma capacitação para os profissionais, que será feita na UBS, sempre após a reunião da equipe, orientando para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa.

Detalhamento: 5.2 Para esta ação, o médico capacitará a equipe realizando a oficina, na UBS, sempre após a reunião da equipe, sobre identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice.

Detalhamento: 5.3 Para esta ação, o médico e a enfermeira administrará uma capacitação que será feita na UBS, sempre após a reunião da equipe, para falar como avaliar a rede social dos idosos.

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos

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

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

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

EIXO: Monitoramento e avaliação

Ação: 6.1 Monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos.

Ação: 6.1.1 Monitorar o número de idosos com obesidade / desnutrição.

Ação: 6.2 Monitorar a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos.

Ação: 6.2.1 Monitorar o número de idosos que realizam atividade física regular.

Ação: 6.3 Monitorar as atividades educativas individuais.

Detalhamento: 6.1 Para executar esta ação, o ACS irá realizar um registro de todos os idosos, para assim o médico e equipe de enfermagem fornecer orientação nutricional para hábitos saudáveis para todos os idosos. Sendo que a médica fará monitoramento dessa ação semanalmente.

Detalhamento: 6.1.1 Para executar esta ação colocamos a chefe da equipe básica para monitorar o peso e o tamanho de todos os idosos e seu estado nutricional.

Detalhamento: 6.2.2 Para executar esta ação o médico irá realizar um registro de todos os idosos, para assim, a equipe fornecer orientação de atividades físicas regulares para hábitos saudáveis nas consultas, visitas domiciliares e nos grupos.

Detalhamento: 6.2.3 A auxiliar de enfermagem será responsável pelo monitoramento dos idosos que realizam atividades físicas com regularidade, sendo feita entrevistas nos acolhimentos e através de informações colhidas pelos ACS.

Detalhamento: 6.3 Os ACS serão responsáveis por esta ação. Fazendo o monitoramento nas visitas domiciliares, registrando as atividades educativas individuais.

EIXO: Organização e gestão do serviço

Ação: 6.1 Definir o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis

Ação: 6.2 Definir o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular.

Ação: 6.2.1 Demandar do gestor municipal parcerias institucionais para realização de atividade física

Ação: 6.3 Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: 6.1 Para executar esta ação na UBS, o médico irá realizar uma reunião com a equipe para definir o papel de cada membro no projeto e o

compromisso de orientar a população quanto orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Detalhamento: 6.2 Vamos realizar esta ação por meio de uma reunião da equipe de saúde básica para definir tudo entre quem será responsável pelos treinamentos para dar orientações de atividade física regular aos idosos. Esta ação será de responsabilidade do médico.

Detalhamento: 6.2.1 Para levar adiante essa ação, o médico irá falar com o gestor municipal sobre a possibilidade de ter parcerias institucionais para realização de atividade física com os idosos. Também vamos procurar apoio em escolas onde existem as condições para ser capaz de executar esta ação.

Detalhamento: 6.3 Em reunião de equipe, o médico e os demais profissionais de saúde, organizarão o tempo médio de cada consulta, pensado em priorizar o repasse das orientações necessárias em nível individual aos idosos.

EIXO: Engajamento Público

Ação: 6.1 Orientar os idosos cuida dores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis

Ação: 6.2 Orientar os idosos e a comunidade para a realização de atividade física regular.

Ação: 6.3 Orientar os idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias.

Detalhamento: 6.1 O médico, equipe de enfermagem e ACS, orientarão os idosos, cuida dores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis tanto nas consultas, quanto nas visitas domiciliares, assim como nos grupos.

Detalhamento: 6.2 Para executar esta ação, a equipe desenvolverá palestras na UBS sobre a importância de realizar atividade física. Vamos orientar agentes comunitários para fazer frente deste tema nas diferentes casas diariamente.

Detalhamento: 6.3 Para executar esta ação, o odontólogo administrará palestras na UBS para a equipe, sobre a importância da higiene bucal. Vamos orientar agentes comunitários para fazer frente deste tema, nas diferentes casas diariamente e a médica e equipe de enfermagem durante as consultas.

EIXO: Qualificação da Prática Clínica

Ação: 6.1 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".

Ação: 6.1.1 Capacitar a equipe para a orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Ação: 6.2 Capacitar a equipe para orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular

Ação: 6.3 Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias

Detalhamento: 6.1 Para desenvolver essa ação, o médico construirá na unidade básica, cartaz explicativo tendo os dez passos para uma alimentação saudável para que os funcionários então possam orientar a comunidade sobre o assunto.

Detalhamento: 6.2 Para realizar esta capacitação, o médico convidará o professor de esporte da escola, para palestrar sobre a importância da realização de atividade física regular na terceira idade e como os profissionais da equipe pode passar as orientações.

Detalhamento: 6.3 Para executar esta ação, o dentista capacitará à equipe de formas adequada sobre a importância da higiene oral.

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 Coberturas do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa.

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

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

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

Indicador: 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 pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

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

Indicador: 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 pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

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

Indicador: 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 pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

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

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

Numerador: Número de idosos com acesso cuja prescrição é priorizada para Farmácia Popular.

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

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

Indicador: 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 problema de locomoção pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.6. 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 pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.7. 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 2.8. 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 pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

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

Meta 3.1. Buscar 1000% 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 espelha em dia.

Numerador: Número de fichas espelho com registro atualizado.

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

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

Indicador: 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 pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

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

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

Indicador: 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 pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

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

Indicador: 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 pertencente 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 com avaliação de rede social.

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 pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

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

Indicador: 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 pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

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

Indicador: 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 a realização da intervenção no programa de atenção à saúde do idoso será adotado o manual de cuidados em saúde da pessoa idosa, bem como o envelhecimento e saúde da pessoa idosas do ano 2010 e 2006, respectivamente. Para esta capacitação serão reservadas duas horas no final do turno (momento tradicionalmente usado para as reuniões da equipe), onde cada membro da equipe

estudará uma parte do manual para expor, buscando fazer uma pequena discussão. Isso acontecerá em todas as sessões de treinamento diferentes, abordando os diversos temas.

Através das capacitações visamos que cada membro da equipe fique mais bem preparado e assim poderemos oferecer o melhor de cada um para realização das ações. A formação sobre acolhimento para os idosos será facilitada pela enfermeira. Outro treinamento para fazer busca dos idosos que não estão fazendo o acompanhamento na UBS, será dada pelo médico já tem um registro de quantos idosos não realizam este acompanhamento. A capacitação em matéria de política nacional de humanização se dará com a enfermeira.

Para a realização das ações de monitoramento, mensalmente, a equipe fará a revisão dos instrumentos (ficha espelho, idosos acamados, medicina, caderno da saúde de idosos e outros) de forma que possam acompanhar a evolução do cuidado de cada idoso e ter conhecimento de como marchar cada ação para tomar as medidas necessárias e melhorá-lo. Também contaremos com o dentista que monitorará os aspectos referentes à saúde bucal dos idosos, e junto com Agentes fazendo com que os idosos tenham prioridades.

Vamos realizar uma revisão de como se comporta o estado nutricional de cada idoso através do seu guia de serviço em unidade básica para saber o comportamento deste mensalmente. Todo isso ajudará a ter um melhor controle e monitoramento dos idosos.

Os monitoramentos das ações programáticas ocorreram numa frequência mensal juntamente com a técnica de enfermeira, ela examinará as guias dos idosos e identificará aqueles que estão com as consultas, bem como exames e vacinação em atraso. Identificará aqueles idosos que não passaram para grupos e que não aparecem para receber a medicação. Para isso o agente comunitário de saúde fará de busca ativa, estimamos que tenham 5 por semana. No final de cada mês, as informações recolhidas na guia dos idosos serão consolidadas na forma eletrônica na planilha de coleta de dados ofertada pelo curso (ANEXO B). E durante o registro diários utilizaremos a ficha-espelho ofertada pelo curso (ANEXO C).

Para levar adiante as ações de engajamento público, vamos contatar com representantes da comunidade e das diferentes igrejas na área aonde um grande número de usuários vem desenvolvendo um projeto destacando a importância do povo para o cuidado com o idoso na UBS. Vamos pedir o apoio da comunidade no

sentido de expandir esse serviço na UBS e esclarecer a Comunidade sobre a importância de dar prioridade a esse grupo populacional, devido ao risco apresentado. A cada três meses realizarão uma reunião com a Comunidade na UBS, onde poderá esclarecer e informar a Comunidade sobre este tópico e outros de interesse para seu maior conhecimento.

Contaremos com apoio da escola onde podemos informar os pais sobre o programa para os idosos. Também faremos essas diferentes orientações para a comunidade com apoio a idosos que se encontram nos grupos, que podem se espalhar em na comunidade todas as informações necessárias para mantê-lo informado. Nós, faremos uso dos meios de comunicação do município como o rádio para divulgar estas orientações com a ajuda e a coordenação do gestor municipal de saúde, visto que em outras ocasiões ele executou com bons resultados.

Para garantir as diferentes ações de planejamento utilizaremos as reuniões para definir os papéis de cada um para operacionalizar cada uma das ações; assim como para definir as prioridades da realização do idoso articularemos com o gestor municipal a necessidade de impressão das fichas e fornecimento de equipamentos adequados recursos necessário para realizar um adequado atendimento aos idosos, Buscaremos alternativas com o gestor municipal para garantir os exames complementares de acordo com o protocolo Organizaremos a agenda para atendimento dos idosos da UBS. Organizaremos diferentes registros necessários para ter melhor um controlar e saber a dificuldades.

3. Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Durante a execução do nosso projeto tivemos a intenção de aumentar a cobertura e melhorar o acompanhamento dos idosos adstritos na área de abrangência de nossa UBS. Cabe destacar que o projeto de intervenção foi fundamental, pois na UBS não havia uma estruturação de ações voltada para um acompanhamento adequado, por falta de um programa de cuidados que considerasse diferentes ações e metas, com vistas à obtenção de uma assistência mais abrangente.

Durante a primeira semana foi realizada uma reunião com os profissionais da unidade onde foram apresentadas as diferentes ferramentas e instrumentos que seriam utilizados como a coleta dos dados através das fichas espelhos, anotações dos agendamentos, bem como o uso do computador, dentre outros recursos que nos ajudariam a preencher os formulários nas consultas com os diferentes idosos.

Embora o projeto tivesse sido discutido em outras ocasiões foi importante esta nova reunião para explicar outra vez a importância do mesmo. Ressalte-se que ao longo de todo esse tempo a equipe foi fundamental para realizar cada ação proposta no plano. Em nossa metodologia de trabalho sempre nos reunimos para discutir as semanas, sobre o curso, eventuais dificuldades e as possíveis soluções para as mesmas.

Da mesma forma, cada reunião nos ajudou a discutir os papéis dos profissionais, a importância do registro, as formas com que iríamos fazer o acolhimento e prestar o cuidado aos idosos, além de garantir que todas as avaliações propostas fossem realizadas e cada ação cumprida.

Além disso, discutimos aspectos necessários para a consulta médica salientando a importância dos exames e o papel da equipe na recepção e

agendamento dos usuários. Discutimos também a importância de aumentar as visitas domiciliares para busca ativa dos idosos acamados ou com problemas de locomoção que não podiam ir para a unidade. Nosso objetivo era promover uma diminuição das complicações mais frequentes, tais como os acidentes e levar a saúde para mais perto dos necessitados.

Mesmo com algumas facilidades nem tudo ocorreu como o planejado e tivemos algumas dificuldades, mas todas elas só vieram a corroborar com a necessidade de dar continuidade ao projeto e tentar expandi-lo na UBS.

Algumas das facilidades que encontramos foi o fato de termos uma equipe de cuidados básicos de saúde completa e comprometida, o que contribuiu para facilitar o trabalho e cada ação. O apoio da Secretaria municipal de saúde também nos ofereceu a possibilidade da utilização das diferentes ferramentas para orientar o trabalho, como a impressão, oferta de materiais e divulgação das atividades na comunidade.

Outras facilidades dizem respeito ao fato de termos uma sala de reuniões adequada para executar diferentes atividades, um computador disponível e transporte para realizar diferentes visita a lugares mais distantes da unidade, o que nos possibilitou prestar o cuidado a muitas famílias com idosos que não tinham condições de comparecer ao serviço.

A participação de uma nutricionista e um fisioterapeuta na unidade nos auxiliou nas ações de promoção à saúde, onde estes forneceram valiosas orientações para os idosos relacionadas à alimentação adequada e prática de exercícios físicos.

Ainda como facilidade teve a colaboração de técnicos do Ministério da saúde, relativos à discussão de temas do calendário oficial da saúde no país. Outra facilidade foi à parceria firmada com uma rádio local, onde pudemos divulgar a intervenção comunitária proposta e o próprio trabalho da unidade. Isso nos ajudou a promover uma maior disseminação de informações e incentivar o comparecimento de idosos e suas famílias ao serviço.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Em toda a intervenção tivemos poucas barreiras que limitaram a plenitude de nossas ações. No entanto, tivemos dificuldades no monitoramento atualizado dos dados do SIAB, uma vez que não temos serviço de internet em nossa unidade. Além disso, outro aspecto que não foi realizado de forma plena foi à parceria com as instituições do território, pois não conseguimos estabelecer a parceria com escolas da área para realização das ações de atividade física.

Destaca-se também o atraso na realização dos exames de laboratórios no início da intervenção, o que nos levava a uma incompletude no registro do preenchimento dos formulários. Esse fato colaborava para que a avaliação de cada idoso não fosse completa, além do que percebíamos o desânimo de muitos idosos com essas limitações do sistema de saúde.

Outras dificuldades que enfrentamos foram à chuva que muitas vezes colaborou com a diminuição do fluxo dos usuários para a unidade, bem como a realização das visitas pelos agentes comunitários. A carga horária do dentista foi outro aspecto limitador da nossa intervenção, uma vez que o mesmo atuava meio período na UBS tornando difícil a ampliação do agendamento dos idosos com problemas de saúde bucal.

Ademais, outras dificuldades estiveram relacionadas às faltas constantes dos profissionais da equipe, por motivos diversos, o que impactou negativamente em algumas semanas. O transporte também pode ser considerado um dos aspectos limitadores, pois o mesmo não era disponível a todo tempo para a equipe.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Ao longo da implementação deste projeto de intervenção houve momentos que tive dificuldade em alimentar a planilha de coleta de dados, haja vista que algumas informações da planilha geraram dúvida, sobretudo, na sequência dos dados entre um mês e outro. Além disso, os usuários que compareciam para consulta de retorno geraram um esforço maior de acompanhamento. Outras dificuldades encontradas na coleta de dados foi que muitos idosos não nos

relataram informações completas, o que acabou gerando alguns erros nos indicadores.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

O projeto foi incorporado à rotina do serviço da UBS, haja vista que envolve um baixo custo e necessitou apenas da impressão das fichas espelho e capacitação da Equipe de Saúde para que esta atuasse de forma multidisciplinar na melhoria à atenção à saúde do idoso. Assim, as ações da intervenção agora fazem parte do trabalho diário na unidade para todos os idosos.

Para que as ações tenham seguimento vamos continuar fazendo um acolhimento diário adequado, continuaremos com as orientações, priorização dos casos e encaminhamento para os diferentes serviços de atendimento. Iremos ainda fortalecer as ações de saúde bucal tendo como principal ferramenta a prevenção buscando ainda a ampliação das consultas realizadas pelo dentista.

Continuaremos com as visitas domiciliares, sobretudo, para os acamados e aqueles que não conseguem se locomover, além de seguir com a estruturação da organização do planejamento e registro das informações dispondo para isso do banco de dados dos nossos idosos no computador da unidade básica.

Para o seguimento da lógica de trabalho operada nos meses do projeto, iremos buscar formas alternativas de motivação e divulgação do que é feito no grupo de idosos, mostrando o resultado do que foi conseguido até agora. Outro aspecto que temos de alcançar é criar mecanismos de parceria com a comunidade, contando com a ajuda da secretaria de saúde, para realizar atividades esportivas para a população idosa com a ajuda de profissionais capacitados.

Sem dúvida tudo que fizemos (e ainda fazemos) é com amor e dedicação. Assim, buscaremos dar continuidade ao trabalho, de forma estruturada, para ajudar os idosos a viverem com alegria e uma melhor saúde, pois devemos respeitar aqueles que fizeram muito um dia pela sua família, sua comunidade e também para seu país.

4. Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção realizada na UBS tratou da melhoria do programa de saúde do idoso, voltado aos usuários com 60 anos ou mais, de toda a comunidade. Nossa população total coberta é de aproximadamente 1700 pessoas.

Ao longo dos quatro meses da intervenção atingimos um total de 206 idosos, representando quase que em sua totalidade a população estimada. No primeiro mês nossa cobertura foi de 15,1% (33 usuários), no segundo mês nossa cobertura foi de 32% (70 usuários). Durante o terceiro mês nossa cobertura aumentou para 64,4% (141 usuários) e no último mês da nossa intervenção alcançamos 94,1% (206 usuários) do total (figura 01).

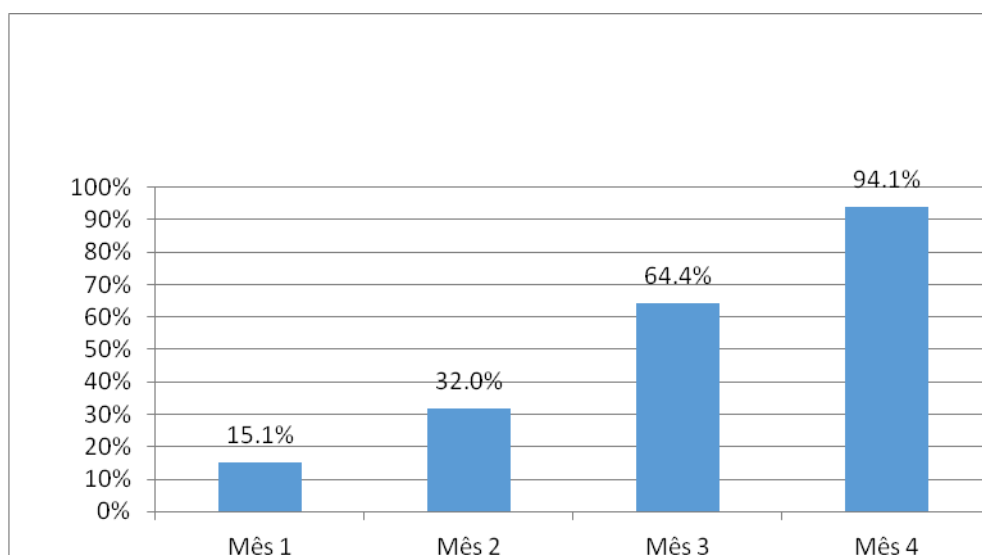


Figura 1 - Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de Saúde. Santa Vitória do Palmar/RS, 2015. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Houve muitas ações que foram realizadas ao longo de todo este tempo as quais contribuíram para a melhoria na cobertura do atendimento aos idosos. Dentre essas ações estão aquelas diretamente relacionados com a implementação do sistema de monitoramento e avaliação dos usuários acompanhados, isso permitiu identificar usuários que não foram registradas na UBS anteriormente, além de ajudar na expansão da busca ativa destes usuários, que por várias razões não compareciam à unidade, seja por um problema básico de locomoção, seja por ser acamado ou, simplesmente porque vivem só. Dessa forma, foi possível contatá-los através das visitas de nossa equipe.

Por outro lado, olhando e comparando os dados de cobertura obtidos antes e após a intervenção, tivemos algumas dificuldades antes do projeto pela ausência de dados ofertados pela administração municipal de cunho demográfico e epidemiológico através do SIAB. Sem dúvida estes dados são extremamente importantes e possibilitam uma visão mais global da situação do programa para que um melhor planejamento das ações pudesse ser feito durante o período. Desde que cheguei à unidade estes dados estavam desatualizados, fato que não permitia um trabalho preciso, necessitando que as informações fossem buscadas nos prontuários das famílias cadastradas pela equipe.

Antes do início da intervenção para a UBS, não existia qualquer tipo de serviço ao usuário que priorizasse os idosos, somente eram realizadas consultas de acordo com a demanda. A intervenção passou a qualificar às diversas ações voltadas para os idosos da comunidade.

Algumas das ações, que foram realizadas durante a intervenção, ajudaram e favoreceram a melhoria e expansão na atenção à saúde dos idosos. Uma dessas ações foi o treinamento e qualificação dos profissionais para atender aos idosos de acordo com o adotado pelo protocolo da UBS e do Ministério da Saúde. Estes instrumentos oferecem grande conhecimento da atenção básica para toda a equipe e, assim, proporcionam melhoria no cuidado prestado por cada integrante da equipe de saúde básica a todos os idosos, tanto durante as consultas quanto em domicílio.

Também, outro aspecto que ajudou a melhorar a qualidade da atenção à saúde do idoso, foi à realização de exame clínico individual apropriado para cada usuário, ajudando a conhecer de uma forma, mas integral o estado de saúde dos nossos idosos. Assim, a proporção de idosos com os exames clínicos apropriados em dia foi gradativamente melhorando. Conseguimos, ao longo dos meses, os

seguintes dados: no 1º mês foram apenas 60,6% (20 idosos), no 2º mês 81,4% (57 idosos), no 3º mês 87,9% (124 idosos) e, por fim, no 4º mês da intervenção 90,8% (187 idosos). Acredito que a melhora dessa proporção se deu principalmente pela implantação do sistema de monitoramento e avaliação dos idosos, como também o efetivo rastreamento dos usuários não cadastrados e a implantação da busca ativa de idosos com ajuda dos Agentes Comunitários de Saúde que antes não era realizado (figura 02).

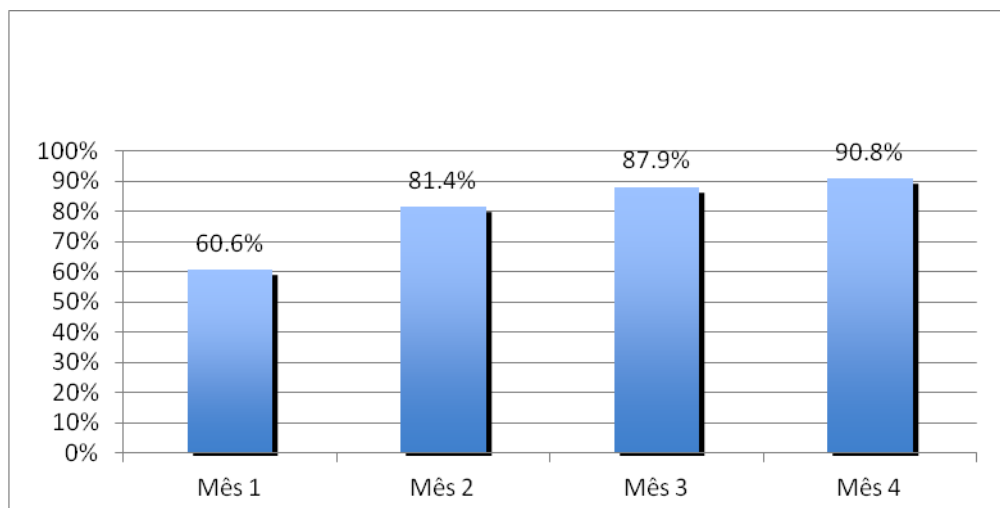


Figura 2 - Gráfico indicativo da proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia. Santa Vitória do Palmar/RS, 2015. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Outra ação encaminhada durante a intervenção, para melhorar a qualidade da atenção à saúde do idoso na UBS, foi garantir, junto ao gestor municipal, a agilidade nos resultados dos exames complementares definidos pelo protocolo. Sem dúvida, esta foi uma das ações que mais ajudou a qualificar a atenção e expansão da nossa intervenção, uma vez que os idosos passaram a ser priorizados para os resultados dos exames. Embora, isto não tenha acontecido de maneira tão organizada no início, foi aperfeiçoando, sobretudo, para os idosos com doenças crônicas como diabetes e hipertensão. Esta priorização permitiu que este indicador melhorasse, gradativamente, ao longo dos meses, atingindo os seguintes dados: no 1º mês 53,3% (16 idosos), no 2º mês 68,5% (37 idosos), no 3º mês 78,1% (75 idosos) e no 4º mês 81,2% (112 idosos), (figura 03).

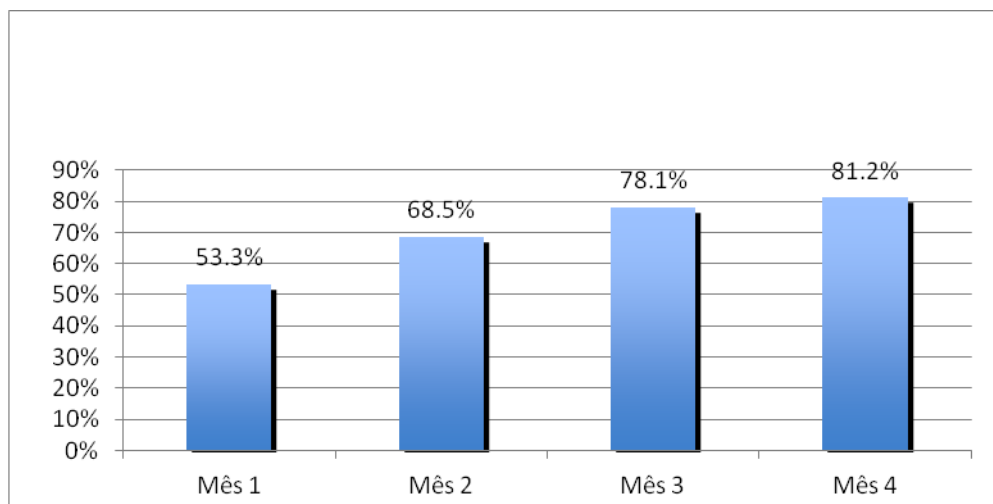


Figura 3 - Gráfico indicativo da proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia. Santa Vitória do Palmar/RS, 2015. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Muito provavelmente, o crescimento dessa proporção se deu, principalmente, pela implantação do sistema de monitoramento por parte da Secretaria de Saúde do município, a qual priorizou os casos que mais necessitavam de diferentes exames laboratoriais e pela atenção realizada em nossa unidade para os idosos com prioridade para os diferentes estudos de laboratório. Soma-se, também, a realização de avaliação completa feita com a ajuda de um bom interrogatório e de exames clínicos sistemáticos para todos os idosos, levando a um efetivo rastreamento dos usuários. A busca ativa de idosos não cadastrados colaborou para a qualificação deste indicador.

Ainda, para o alcance deste objetivo, foram desenvolvidas ações referentes ao indicador de proporção de idosos com avaliação multidimensional em dia. Assim, alguns recursos precisaram ser garantidos para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos, tais como balança, antropômetro e Tabela de Snellen. Esta ação nos ajuda a avaliar, de maneira integral, cada idoso, a partir do seu estado nutricional, auditivo, dentre outros aspectos que só puderam ser avaliados através dos recursos que foram disponibilizados, assim como, através do auxílio dos demais profissionais da equipe de saúde como técnica de enfermagem e enfermeira. Conseguimos, ao longo dos meses, os seguintes dados: no 1º mês 66,7% (22 idosos), no 2º mês 84,3% (59 idosos), no 3º mês 83,7% (118 idosos), e por fim no 4º mês da intervenção 88,8% (183 idosos), (figura 04).

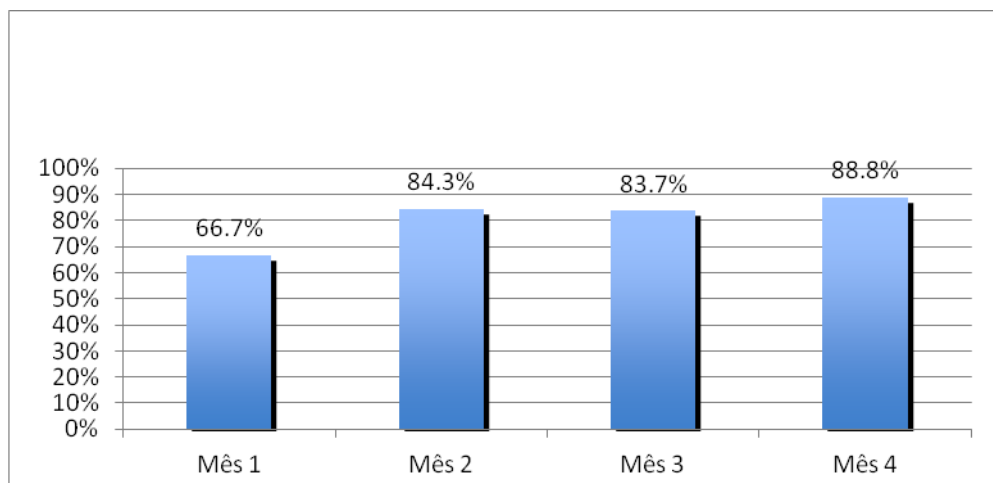


Figura 4 - Gráfico indicativo da proporção de idosos com avaliação multidimensional em dia. Santa Vitória do Palmar/RS, 2015. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

A evolução deste indicador aconteceu, principalmente, pela disponibilização das ferramentas necessárias para levar adiante cada avaliação, a partir da ajuda dada pela secretaria de saúde do município com estes valiosos recursos. Também, deve-se considerar a preparação e capacitação de toda equipe de saúde, que proporcionou o monitoramento feito em nossa unidade para os idosos, além do efetivo rastreamento dos usuários não cadastrados. A realização da busca ativa de cada idoso, assim como a execução das medidas de peso e estatura, de forma obrigatória e adequada levou a uma maior qualificação do atendimento ao idoso durante as consultas.

Outra ação que colaborou para a melhoria da atenção a cada idoso, foi à manutenção do registro das necessidades dos hipertensos e/ou diabéticos, inscritos na unidade de saúde, quanto ao uso de medicamentos. Estes registros, sempre atualizados, proporcionaram aos idosos um melhor acesso aos medicamentos da farmácia básica e, conseqüentemente, um melhor tratamento das suas doenças crônicas, uma vez que estavam com as receitas e prescrições atualizadas a cada 3 (três) meses. Durante a intervenção conseguimos os seguintes resultados: no 1º mês foram apenas 93,9% (31 idosos), no 2º mês 81,4% (57 idosos), no 3º mês 70,2% (99 idosos) e, por fim, no 4º mês da intervenção 77,7% (160 idosos), (figura 05).

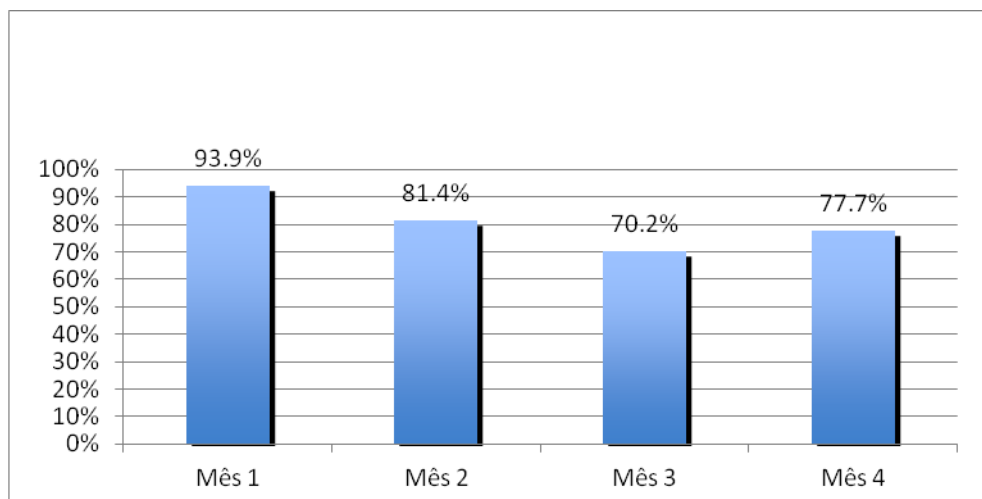


Figura 5 - Gráfico indicativo da proporção de idosos com prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada. Santa Vitória do Palmar/RS, 2015. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Acredito que a diminuição da proporção se deu principalmente pela possibilidade de que os idosos só precisam de prescrição de medicamentos a cada três meses, não sendo necessário renovar a medicação a cada mês. Além disso, muitos idosos pegam suas receitas em outras unidades de saúde.

Também, acredito que o aumento no primeiro mês da intervenção, deu-se devido ao maior monitoramento de cada idoso em relação às medicações. Outro fator importante foi à existência do grupo de idosos, onde se renovava as receitas. A busca ativa realizada pelos Agentes Comunitários, também ajudou, além da disponibilidade dos medicamentos na farmácia popular. A diminuição no terceiro mês pode ser explicada pela saída do médico da unidade, o que levou alguns idosos a buscarem a receita em outras unidades de saúde.

Outra ação realizada no nosso projeto, que colabora para a melhoria dos cuidados para os idosos, foi garantir o registro dos idosos acamados com problemas de locomoção. Assim, 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção residentes na área de abrangência da unidade de saúde, foram cadastrados no programa de acompanhamento dos idosos. Este percentual manteve-se em 100% nos quatro meses de intervenção.

O indicador referente à proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar realizada, permitiu conhecer a real necessidade dos idosos da área com estes problemas. Em seguida foi possível acompanhá-los durante os quatro meses de implementação. Assim, muitas visitas foram agendadas e realizadas, buscando assistir estes idosos. Ao longo dos meses foram alcançados

os seguintes dados: no 1º mês foram o 100% (6 idosos), no 2º mês 100% (12 idosos), no 3º mês 100% (12 idosos), e por fim no 4º mês da intervenção 92,9% (13 idosos). (figura 06)

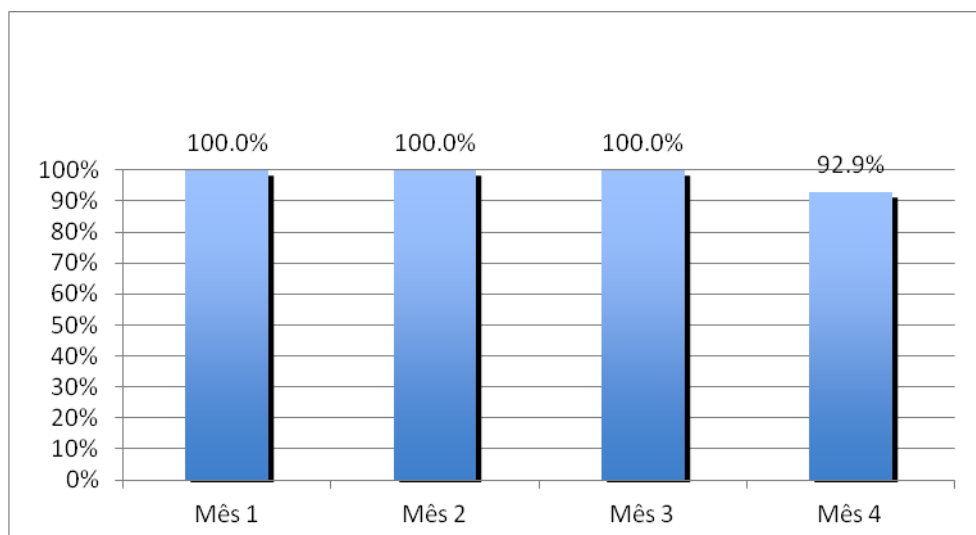


Figura 6 - Gráfico indicativo da proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar. Santa Vitória do Palmar/RS, 2015. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Acredito que a melhora dessa proporção se deu, principalmente, pela presença da nossa equipe e dos Agentes Comunitários, os quais sempre estão realizando busca ativa dos idosos que não conseguem ir à unidade básica por apresentar problemas de locomoção e por serem acamados. Também, foi realizado o planejamento de cada visita, conforme prioridades, e executado o monitoramento através do transporte para fazer as visitas aos lugares mais longe da nossa área. Muitas vezes as visitas foram feitas com o carro da enfermagem, já que nem sempre a Secretaria disponibilizou um carro para fazer as visitas. A nossa equipe sempre se mostrou preocupada com isso, pois sempre acreditamos que ter um carro disponível seria fundamental para alcançar este objetivo.

O indicador de verificação da pressão arterial na última consulta, alcançou os seguintes dados: no 1º mês foram 100% (33 idosos), no 2º mês 100% (70 idosos), no 3º mês 92,9% (131 idosos), e por fim no 4º mês da intervenção 93,2% (192 idosos), (figura 07). Essa ação qualificou ainda mais a intervenção e possibilitou um maior cuidado aos idosos durante as consultas.

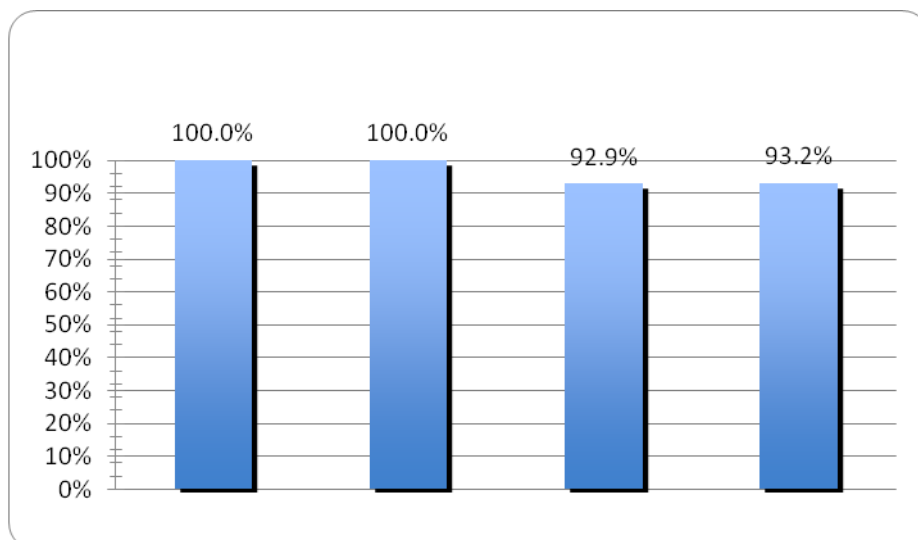


Figura 7 - Gráfico indicativo da proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta. Santa Vitória do Palmar/RS, 2015. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Acredito que o grande alcance deste indicador aconteceu, principalmente, devido à presença da nossa Técnica de Enfermagem e Enfermeira para poder realizar adequadamente a medida da pressão arterial, como também a utilização de ferramentas em bom estado para poder realizar esta ação de medir a pressão arterial. Acrescentam-se, também, as capacitações feitas no início da nossa intervenção para poder realizar uma adequada aferição da pressão arterial de cada idoso. A medida da pressão arterial também foi realizada no grupo de idosos.

Outro indicador para melhorar o cuidado aos idosos foi o rastreamento de idosos hipertensos para a diabetes. Esta ação sempre nos permitiu saber se os idosos estavam controlados para diabetes. Contamos com a colaboração da técnica de enfermagem, para realizar esta ação. Conseguimos ao longo dos meses os seguintes dados: no 1º mês foram o 96,8% (30 idosos), no 2º mês 93,8% (60 idosos), no 3º mês 96,9% (123 idosos), e por fim no 4º mês da intervenção 97,6% (165 idosos), (figura 08).

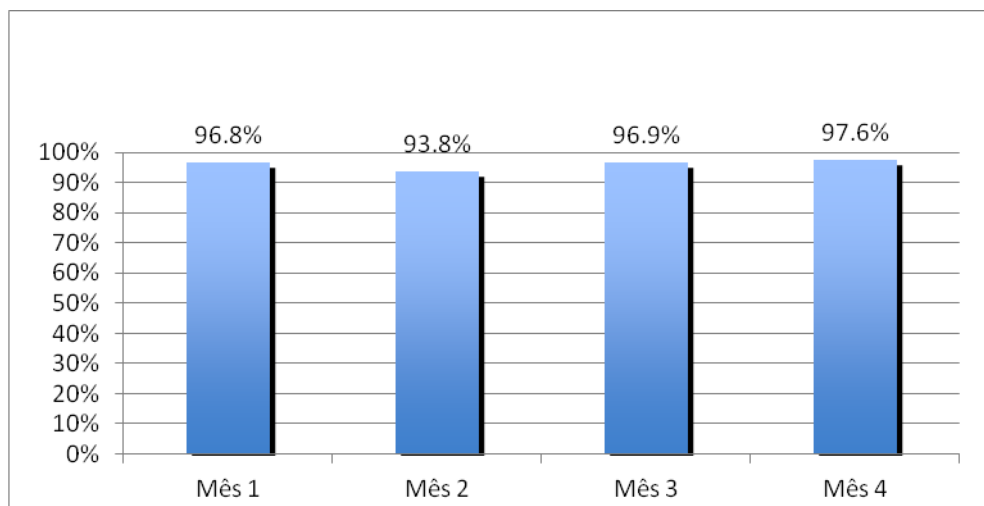


Figura 8 - Gráfico indicativo da proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes. Santa Vitória do Palmar/RS, 2015. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Outra ação que visava melhorar a atenção para os idosos foi organizar a atenção à saúde bucal e oferecer atendimento ao idoso prioritário. Estas ações foram realizadas sem dificuldade para saber a real necessidade de atendimento dental, as quais foram muitas durante toda a intervenção, devido a uma má higiene bucal na maioria de nossos idosos da área, sabendo que o nosso dentista só executa um turno por dia de serviço. Seria muito difícil de executar o serviço para todos os idosos necessários para atendimento bucal. Para este indicador, conseguimos os seguintes dados: no 1º mês foram o 66,7% (22 idosos), no 2º mês 75,7% (53 idosos), no 3º mês 68,1% (96 idosos), e por fim no 4º mês da intervenção 75,7% (156 idosos), (figura 09).

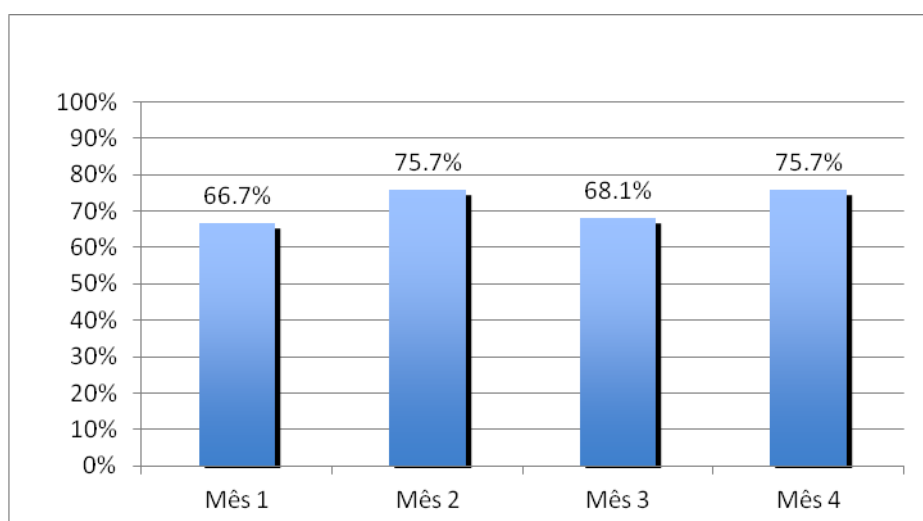


Figura 9 - Gráfico indicativo da proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Santa Vitória do Palmar/RS, 2015. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Acredito que os resultados obtidos durante toda a intervenção foram alcançados, principalmente, pela falta de tempo necessário para poder avaliar de uma forma completa a saúde bucal dos idosos. Outra questão refere-se a dificuldade de dar uma solução definitiva ao problema de atendimento a grande demanda espontânea de idosos com problemas de saúde bucal. Além disso, nem toda equipe pode participar ativamente da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Outra ação que se realizou para melhorar a atenção para os idosos foi à proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática. Estas ações foram realizadas com limitações para poder agendar os novos casos de idosos, já que realmente nossa dentista é quem agendava cada idoso, segundo as possibilidades do serviço. Nossa dentista faz um tratamento completo para cada idoso e até terminar não consegue agendar casos novos. Ao longo dos meses, conseguimos: no 1º mês foram só 42,4% (14 idosos), no 2º mês 37,1% (26 idosos), no 3º mês 39,7% (56 idosos), e por fim no 4º mês da intervenção 49,5% (102 idosos).

Acredito que os resultados alcançados durante toda a intervenção foram devido à disponibilização de apenas um turno de atendimento por dia e de um só dia para poder fazer atendimento aos idosos durante a semana, levando ao não agendamento de muitos idosos apesar das necessidades da área. Além disso, nossa dentista saiu de férias afetando o agendamento das primeiras consultas (figura 10).

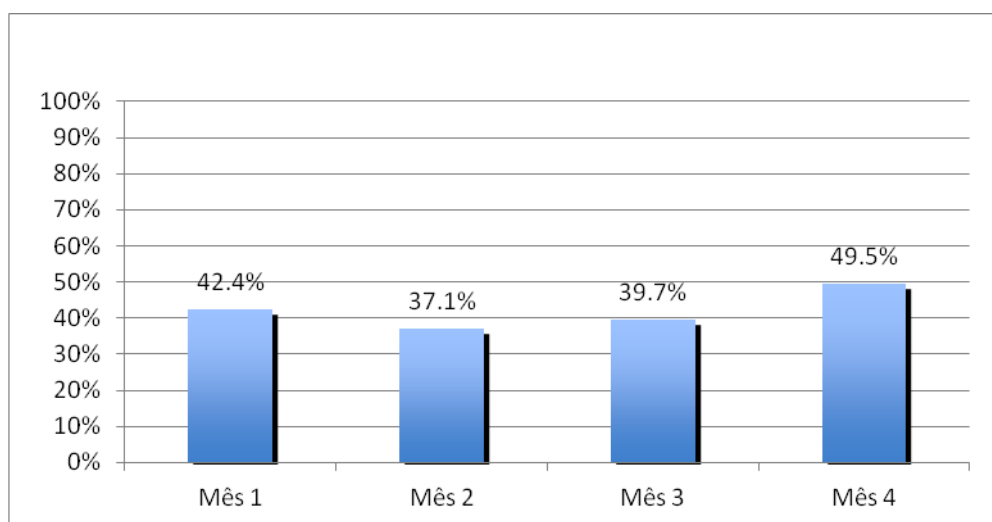


Figura 10 - Gráfico indicativo da proporção de idosos com primeira consulta odontológico programática. Santa Vitória do Palmar/RS, 2015. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Alguma das ações que ajudaram a melhorar a adesão do programa de idosos foi à busca ativa de idosos faltosos às consultas, o que depende muito do trabalho dos agentes comunitários para poder levar adiante estas ações, alcançando, ao longo dos meses, os seguintes dados: no 1º mês foram só 47,6% (10 idosos), no 2º mês 69,8% (30 idosos), no 3º mês 83,5% (66 idosos), e por fim no 4º mês da intervenção 88,8% (111 idosos). (Figura 11)

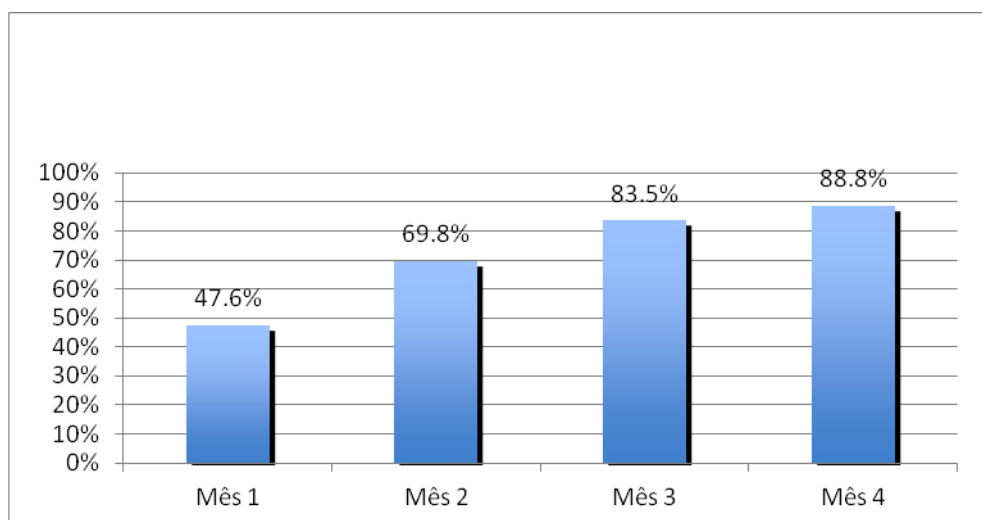


Figura 11 - Gráfico indicativo da proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa. Santa Vitória do Palmar/RS, 2015. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Acredito que os resultados obtidos durante toda a intervenção se deu principalmente pela presença dos Agentes Comunitários nas diferentes microrregiões da área de saúde para poder ter acesso a todos os idosos cadastrados ou não, também, o monitoramento realizado em nossa unidade daqueles idosos faltosos. As capacitações feitas no início da intervenção para poder alcançar a participação dos agentes, como ferramenta importante na busca ativa e agendamento do idoso faltoso à consulta na unidade de saúde.

As buscas ativas nunca foram realizadas antes na comunidade e agora, são feitas, também, por outros membros da equipe como a técnica enfermagem e enfermeira. Muitos idosos faltam à consulta planejada por razões diferentes, alguns por ficarem apenas em casa e outros por estarem doentes.

Algumas ações durante a intervenção são realizadas para melhorar o registro da informação, uma delas foi o preenchimento do registro da ficha espelho.

Esta foi uma ação importante para o primeiro momento em que é iniciada a intervenção preenchendo cada cartão para todos os idosos. Foram alcançados os seguintes dados: no 1º mês foram 100% (33 idosos), no 2º mês também foi 100% (70 idosos), no 3º mês 85,8% (121 idosos), e por fim no 4º mês da intervenção 87,9% (181 idosos). (Figura 12)

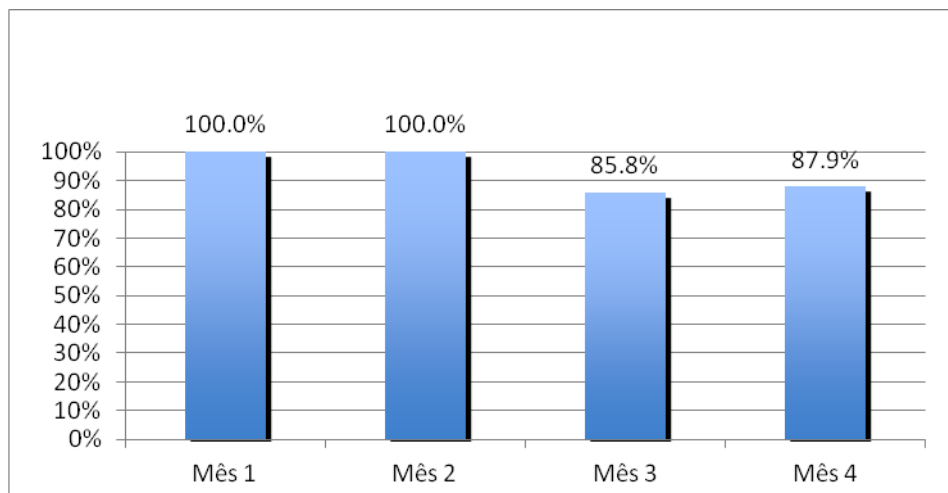


Figura 12 - Gráfico indicativo da proporção de idosos com registro na ficha espelha em dia. Santa Vitória do Palmar/RS, 2015. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Acredito que os resultados durante toda a intervenção se deu, primeiramente, pela presença das fichas espelho para todos os idosos, a qual foi feita com ajuda da Secretaria de Saúde do município. Também, o acolhimento feito em nossa unidade aos idosos, os quais sempre são avaliados em nossas consultas, levando um tempo adequado para alcançar e preencher a ficha a cada idoso.

A busca ativa realizada pelos agentes comunitários em cada microrregião da área para resgatar idosos cadastrados ou não, bem como o monitoramento realizado para os idosos faltosos e as capacitações feitas para poder contar com a participação dos agentes, foram estratégias importantes para qualificar este indicador.

Outra ação importante foi à entrega das cadernetas de saúde da pessoa idosa para todos os idosos da área de abrangência. No momento da entrega foi realizado o preenchimento de todas as informações que vão ajudar a melhor identificarem os idosos e as suas condições de saúde. Para este indicador alcançamos as seguintes proporções: no 1º mês foram 100% (33 idosos), no 2º mês também foram 100% (70 idosos), no 3º mês 99,3% (140 idosos), e por fim no 4º mês da intervenção 95,5% (205 idosos). (Figura 13)

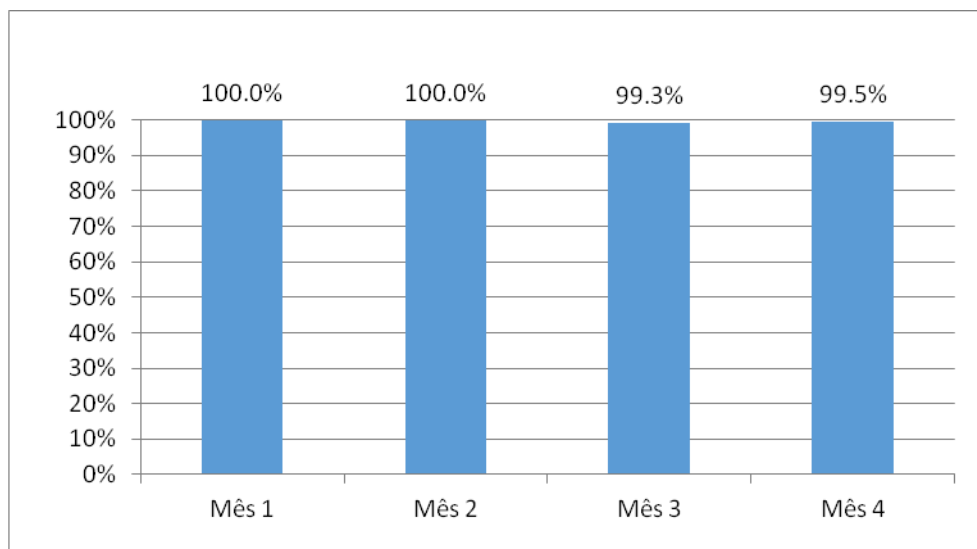


Figura 13 - Gráfico indicativo da proporção de idosos com caderneta de saúde da pessoa idosa. Santa Vitória do Palmar/RS, 2015. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Acredito que o bom resultado alcançado, durante toda a intervenção, se deu primeiramente por conta da ajuda da Secretaria de Saúde do município, a qual nos entregou em grande quantidade a caderneta de saúde da pessoa idosa para fazer a entrega a todos os idosos que foram na unidade e que não possuíam a mesma. A participação de toda equipe de saúde no preenchimento dos dados de todos os idosos, também, colaborou para a divulgação da importância do uso da caderneta do idoso.

Para o alcance deste objetivo foram desenvolvidas ações do indicador da proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia. Os resultados obtidos foram: no 1º mês foram 54,5% (18 idosos), no 2º mês também foram 75,7% (53 idosos), no 3º mês 54,6% (77 idosos), e por fim no 4º mês da intervenção 68,4% (141 idosos), (figura 14).

Os resultados obtidos durante toda a intervenção, apesar de não alcançarem grandes proporções, foram possíveis devido ao envolvimento de toda a equipe para avaliar todos os idosos. Contamos com o auxílio dos Agentes Comunitários de Saúde para avaliar o risco em cada idoso.

Entre as dificuldades encontradas para ser capaz de ter alcançado um melhor indicador de morbidade e mortalidade que temos em primeiro lugar não só a equipe estava preparada para realizar uma avaliação adequada do risco de mortalidade dos idosos da área apesar de conhecer muitas informações por agentes comunitários, desde que muitos não têm um amplo conhecimento de todos os

possíveis fatores de risco para manter em mente para ser capaz de avaliar cada idoso e coletar-os dentro de uma avaliação abrangente dentro deles têm 1- Equilíbrio e mobilidade; 2- Função cognitiva; 3- Deficiências sensoriais; 4- Condições emocionais / presença de sintomas depressivos; 5- Disponibilidade e adequação de suporte familiar e social; 6- Condições ambientais; 7- Capacidade funcional - Atividades da Vida Diária (AVD) e Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD); 8- Estado e risco nutricionais.

Então só o médico realizado esta ação, que também exigido em alguns aspectos a avaliação de outras especialidades, como é o caso da função cognitiva, também encontrado como a grande demanda de dificuldade do serviço espontânea que ocorreram durante esses meses onde por férias e problemas familiares a unidade apresentou dificuldade com o serviço ao cliente, tornando isso mais aumentar em demandas que diminuía o tempo para realizar uma avaliação abrangente de mortalidade e morbidade de cada idoso.

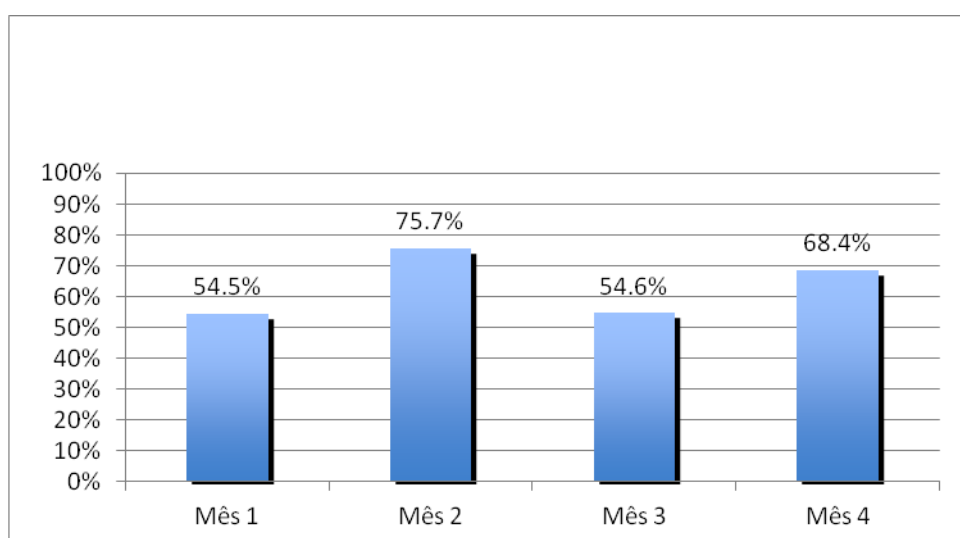


Figura 14 - Gráfico indicativo da proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia. Santa Vitória do Palmar/RS, 2015. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Outro indicador foi à proporção de idosos com avaliação para fragilização da velhice em dia, a qual foi avaliada com ajuda de toda a equipe de saúde, segundo a tríade da síndrome de fragilidade, levando em consideração as diferentes causas primárias e secundárias. Alcançamos os seguintes dados: no 1º mês foram 54,5% (18 idosos), no 2º mês também foram 75,7% (53 idosos), no 3º mês 51,1% (72 idosos), e por fim no 4º mês da intervenção 66,0% (136 idosos).

Os resultados alcançados foram possíveis devido à realização da avaliação integral de cada idoso, conhecendo as suas características, suas doenças associadas, bem como os diferentes sintomas apresentados no momento. Outras informações foram colhidas, tais como: histórico de perda de peso, diminuição da força muscular e realização de atividade física e/ou passeios. O estado nutricional foi investigado com o auxílio, também, da nutricionista, para a qual os dados do estado de saúde foram compartilhados, visando facilitar a realização desta avaliação de fragilidade em idosos (figura15).

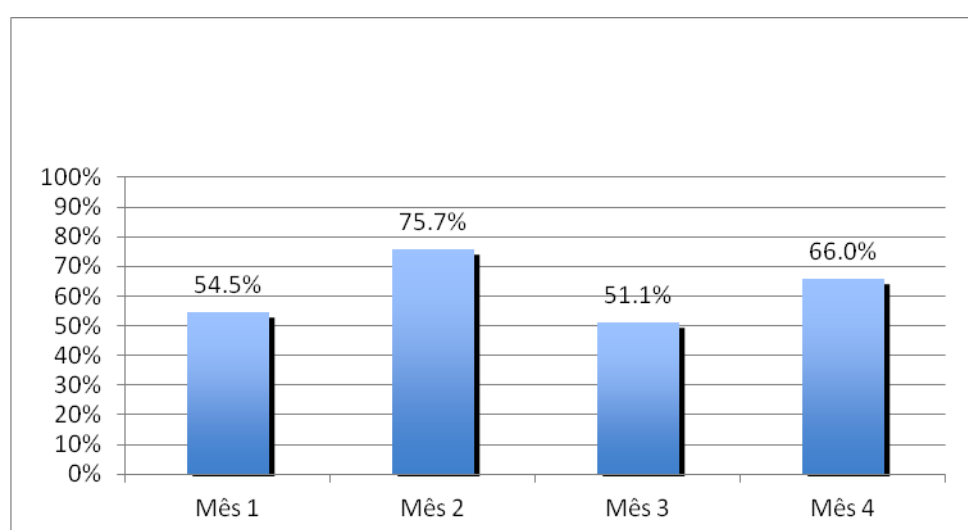


Figura 15 - Gráfico indicativo da proporção de idosos com avaliação para fragilização da velhice em dia. Santa Vitória do Palmar/RS, 2015. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

A avaliação da rede social em dia foi medida através de um indicador que considerou o número de idosos com a rede social em dia e o número de idosos cadastrados no programa. Para este indicador, têm-se os seguintes resultados: no 1º mês foram 72,7% (24 idosos), no 2º mês também foram 85,7% (60 idosos), no 3º mês 70,9% (100 idosos), e por fim no 4º mês da intervenção 76,2% (157 idosos), (figura 16). Para dar conta deste indicador realizamos muitas visitas para conhecer a realidade da rede social dos idosos da nossa área.

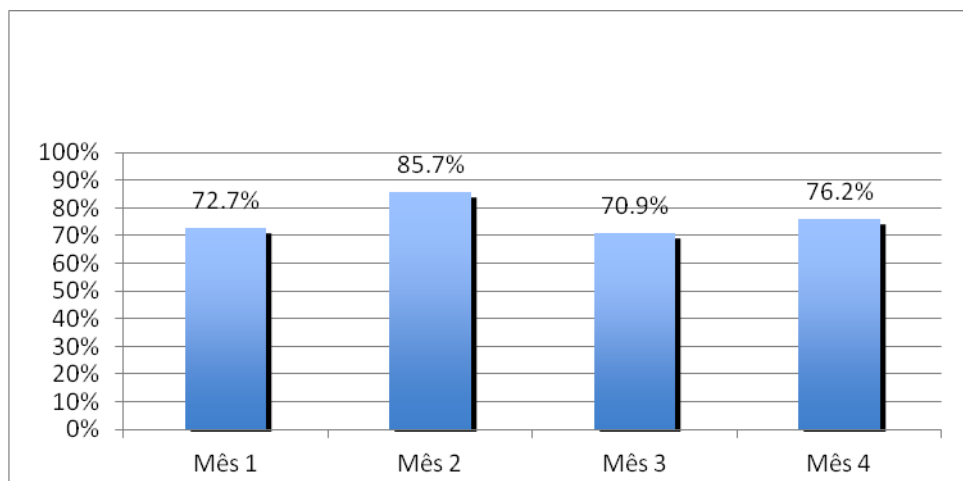


Figura 16 - Gráfico indicativo da proporção de idosos com avaliação da rede social em dia. Santa Vitória do Palmar/RS, 2015. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos.

Para alcançar este objetivo durante a intervenção foi adotadas uma série de medidas de diferentes aspectos, visando promover a saúde dos idosos. Algumas dessas ações consistiram no fornecimento de orientação nutricional para hábitos saudáveis, que foi realizada durante os quatro meses, com apoio da nutricionista. Assim, conseguimos os seguintes dados: no 1º mês foram 100% (33 idosos), no 2º mês também foi 100% (70 idosos), no 3º mês 100% (141 idosos), e por fim no 4º mês da intervenção 100% (206 idosos).

Acredito que os resultados obtidos durante toda a intervenção se deu, primeiramente, por possuímos uma equipe de cuidados de saúde integral que se dedicou para orientar e incentivar os bons hábitos alimentares, contando com a participação da nutricionista no grupo de idosos para avaliar os mesmos.

Destacam-se as orientações para a realização de atividade física regular que foram fornecidas aos idosos durante toda a intervenção e os incentivos a realização de caminhada planejada pela unidade de saúde básica. Foram alcançados os seguintes dados: no 1º mês foram 97,0% (32 idosos), no 2º mês também foram 98,6% (69 idosos), no 3º mês 98,6% (139 idosos), e por fim no 4º mês da intervenção 99% (204 idosos), (figura 17).

Os resultados só foram possíveis devido ao envolvimento de toda equipe de saúde com esta ação, onde cada integrante preocupava-se em fornecer informações e orientações aos idosos, seja na consulta ou em casa, bem como, no grupo de idosos.

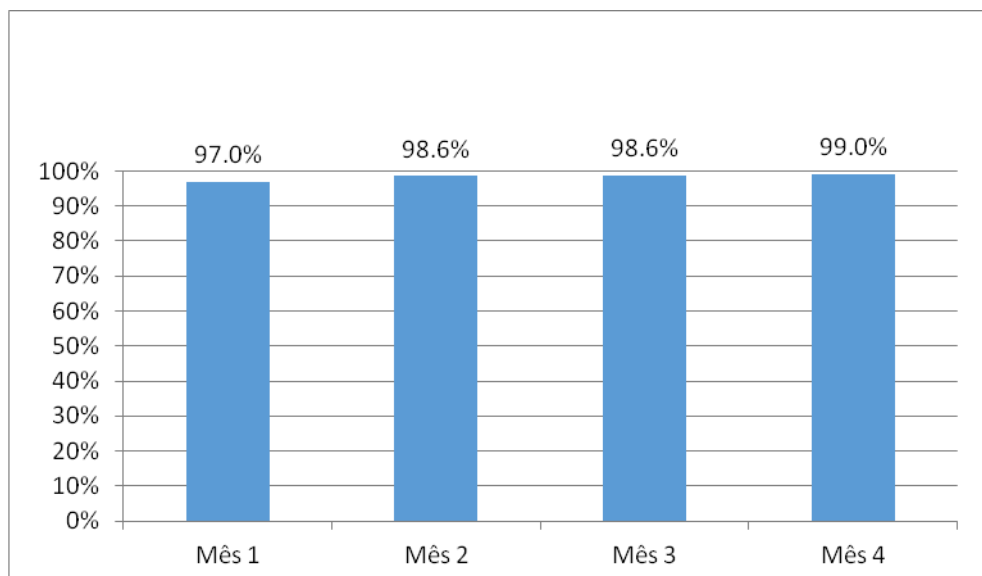


Figura 17 - Gráfico indicativo da proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular. Santa Vitória do Palmar/RS, 2015. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Outro indicador que tratou da promoção da saúde para os idosos, foi à orientação individual de cuidados da saúde bucal. Esta ação, sempre foi realizada de forma permanente, conseguimos, ao longo dos meses, os seguintes dados: no 1º mês foram 42,4% (14 idosos), no 2º mês também foi 37,1% (26 idosos), no 3º mês 39,7% (56 idosos), e por fim no 4º mês da intervenção 53,9% (111 idosos), (figura 18).

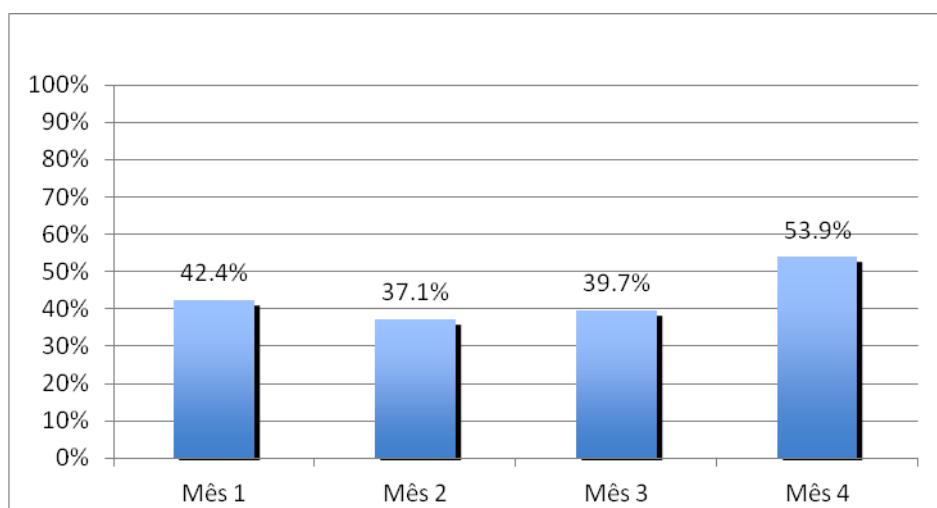


Figura 18 - Gráfico indicativo da proporção de idosos que receberam orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia. Santa Vitória do Palmar/RS, 2015. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Acredito que o resultado obtido durante toda a intervenção foi possível devido ao envolvimento da equipe e a dedicação para a orientação sobre este assunto de saúde bucal, sendo relevante, também, a participação em outras ações.

4.2 Discussão

A intervenção em nossa unidade de saúde básica permitiu a extensão da cobertura do atendimento a todos os usuários idosos que foram inscritos e encontrados em nossa área de abrangência, para assim, continuar a dar atenção e buscar promover e prevenir doenças crônicas em idosos, bem como as possíveis complicações para os que já têm doenças crônicas.

Durante a realização de toda a intervenção fomos capazes de estender a cobertura de cuidados para esta comunidade e priorizar o atendimento para os grupos mais vulneráveis e necessitados. Foi possível a realização de avaliação multidimensional mais completa, a fim de ter conhecimento da situação de cada um, no que se refere à nutrição, audição, incontinência e até mesmo sua atividade sexual. Conseguimos alcançar, em muitos casos, a realização de encaminhamentos apropriados para outras especialidades, em busca de atenção mais especializada, como no caso da urologia e oftalmologia.

Todas estas ações visaram proporcionar uma melhor qualidade de vida e atenção para muitos do nosso idoso. Além disso, toda a equipe de saúde passou a ser mais acolhedora e a fornecer um cuidado adequado para cada idoso, priorizando sempre o acolhimento ao idoso, tanto na unidade de saúde como em casa. Pode-se ressaltar que a comunicação entre a equipe foi fundamental para viabilizar a execução das ações, favorecendo o atendimento a todos os idosos que buscavam os serviços na unidade ou que necessitavam de atenção.

A intervenção, também, conseguiu alcançar a maioria dos idosos que buscaram à nossa unidade, favorecendo uma revisão clínica completa e necessária para avaliar as alterações mais comuns nesta idade. Por isso, não basta apenas ouvir o que o idoso tem a falar, mas é preciso examiná-lo por completo para ser capaz de compreender e tratar a partir de um método clínico adequado.

Deve-se ressaltar que antes da intervenção a maioria dos idosos possuíam exames clínicos atrasados, o que dificultava o acompanhamento clínico e a tomada de conduta adequada. Graças à intervenção nós melhoramos este aspecto vital,

repercutindo na satisfação dos idosos ao executar testes diferentes, sendo, hoje, uma realidade em nosso município.

Também, foi possível conseguir um controle melhor da saúde de todos os idosos à medida que os medicamentos, para as diversas doenças crônicas, passaram a ser entregues na farmácia popular do município, diminuindo assim as complicações potenciais e, portanto, aumentando a expectativa de vida. O acesso aos medicamentos é muito importante, pois os idosos da área são pessoas de baixo nível econômico.

Nossa intervenção, também, forneceu dados para a unidade básica mais confiável em relação à quantidade de idosos encontrada com locomoção prejudicada ou acamados. Assim, graças à intervenção melhorou os serviços para todos os idosos que não podiam frequentar a por serem acamados ou terem dificuldade de locomoção devida às consequências de doenças como acidente vascular. Assim, a realização das vistas domiciliares foi qualificada, para melhor atender a comunidade. .

Durante a realização da intervenção cada idoso que procurou a unidade passou por uma triagem pela enfermeira e técnica de enfermagem, visando aferir os sinais vitais, e levando a uma melhoria no nível de atenção para cada idoso. Também, conseguimos incluir aqueles com maior risco ou com doenças mais graves. Passamos a realizar com mais frequência a glicemia capilar para o controle metabólico adequado da patologia, ação antes não realizada. Todas estas ações foram possíveis graças à intervenção e o apoio de nossa equipe de saúde em conjunto com a Secretaria, sem dúvida um grande passo para a atenção à saúde dos idosos.

Foi muito importante, para alcançar bons resultados na intervenção, a participação de outros profissionais, a exemplo da nutricionista que colaborou na qualificação das orientações nutricionais, bem como para a prática de atividade física regular para os idosos, buscando potencializar as atividades passíveis de serem executadas pelos idosos, como caminhadas e passeios. Outra conquista foi à incorporação do grupo de idosos onde são realizadas atividades com o corpo, exposição de vídeos e outras ações que vão além do município, trazendo uma maior união entre os idosos.

Muitas foram às importâncias da intervenção para nossa equipe de saúde. Desde o começo conseguimos unir-se muito mais a nossa equipe em um projeto

dedicado à comunidade, alcançado através da formação de intervenção de pessoal básico da saúde, sobre várias questões que visam melhorar o serviço para os idosos e executar melhor o nosso trabalho. Esta atividade promoveu o trabalho médico integrado entre a enfermeira, o dentista, a auxiliar de enfermagem e a recepcionista.

A técnica foi responsável pelo monitoramento de muitas ações empreendidas para ter o conhecimento de tudo que estava sendo desenvolvido, bem como das medições da pressão, peso e altura de cada idoso, de forma adequada e correta de acordo com protocolos. Ademais, a equipe ficou responsável por realizar um adequado acolhimento e fornecer orientações sobre as diferentes atividades realizadas, como é o caso do grupo que contou com a participação de todos os idosos, motivando muito o grupo.

Através da intervenção, nossa equipe de saúde conseguiu recuperar o grupo de idosos, fato que permitiu que a equipe obtivesse um conhecimento mais profundo de cada idoso. Dessa forma, pudemos saber mais sobre o seu modo de vida, às necessidades e problemas de saúde mais importantes para o idoso, sua família e a comunidade.

Graças à intervenção nossa equipe também conseguiu alcançar uma melhor organização do trabalho, orientando este para os principais problemas de saúde dos idosos, ajudando a diminuir a demanda espontânea nesta faixa etária e ter um número mais controlado e uma frequência regular dos idosos. Com o projeto a equipe passou a interagir mais com a população conseguindo vincular a comunidade idosa e a envolvê-la na vida da unidade.

A importância da nossa intervenção para o serviço reflete em nossos idosos que agora são controlados e recebem um serviço priorizado a partir da intervenção. Assim, a intervenção está ajudando não só o médico, o mais responsável pelo cumprimento das ações, mas principalmente os idosos da unidade. Ressalto que cada membro da equipe tem um papel importante para continuar a prestar os serviços. Atualmente, nossos idosos têm um seguimento mais completo feito durante todo este tempo da intervenção, já apresentando um impacto positivo e evitando demandas espontâneas.

As solicitações de exames formam espontaneamente causando certo atraso na realização de exames para outros usuários, devido à prioridade dada aos idosos. Assim, outros usuários tiveram que esperar mais tempo para serem atendidos e, agora, após a intervenção concluída, nossos idosos é mais controlado, diminuindo o

fluxo diário do serviço. Todas estas ações repercutiram em uma maior organização do serviço e ambiente de trabalho, facilitando o acompanhamento mais de perto de cada idoso de acordo com seu risco e assim evitando complicações e mortalidade na nossa área de abrangência. O grupo de idosos foi fundamental para a execução das ações de promoção e prevenção, uma vez que o grupo influencia positivamente no comportamento dos idosos, levando a bons resultados.

A intervenção nos foi de grande utilidade, uma vez que fomos capazes de reduzir a demanda espontânea nesta faixa etária e melhorar o serviço para acolher as demandas mais emergentes. Com a intervenção nosso serviço também se beneficiou de mais recursos, como as fitas para o teste de glicose, adquirimos um novo equipamento para medir a tensão arterial, além de melhorar a oferta de medicação, especialmente, analgésicos que muitas vezes no início não tínhamos. Ademais, conseguimos uma televisão onde utilizamos para fazer os grupos com diferentes vídeos, não só para os idosos, mas também para toda a população, desta forma nosso serviço segue melhorado gradualmente.

O impacto da intervenção para nossa comunidade foi grande, pois a equipe de saúde se envolveu na intervenção e deixou um impacto nunca antes observado na atenção à saúde dos idosos. Assim, a humanização e qualificação da atenção aos idosos foi um grande ganho para a comunidade.

A comunidade idosa mostrou satisfação com a prioridade na assistência, uma vez que eles são atendidos no momento em que chegam à unidade. São bem recebidos com informações e orientações para facilitar a comunicação com os idosos. Quando necessário é agendadas visitas domiciliares, de acordo com as prioridades, e realizado teste de glicemia dentro e fora da unidade. Estes avanços só foram possíveis após a intervenção e hoje fazem parte da rotina da unidade, beneficiando os idosos.

Muitos usuários ficaram insatisfeitos, pois devido à prioridade de atendimento para os idosos, passou a demorar, um pouco mais, o acesso aos serviços da unidade. Este fato reflete a falta de compressão da necessidade desta prioridade, pois os idosos possuem necessidades específicas e até existe uma lei que defende este direito.

Apesar da expansão da cobertura do programa ainda existem idosos da área que não estão cadastrados. Estes idosos residem em áreas mais distantes da unidade, dificultando o acesso da equipe de forma mais satisfatória, por isso é vital

neste caso a comunicação e divulgação para continuar incorporando não só para aqueles que hoje estão não no projeto, mas todos aqueles em breve se tornaram idosos.

O que faria de diferente seria buscar todo o apoio possível da Secretaria de Saúde, para organizar em outras microrregiões da nossa área, com a ajuda dos agentes comunitários e outros usuários, buscando alcançar com maior impacto e, assim, chegar a todos os idosos. Buscaria, também, mais apoio nas escolas a fim de utilizar seu espaço para ser capaz de incentivar a prática de exercício nos idosos.

Buscaria aumentar a participação da população ampliando os espaços de comunicação entre a comunidade e a UBS, realizaria um trabalho mais próximo com a equipe da Secretaria da saúde do município, visando à prevenção e promoção da saúde. Dessa forma, realizaríamos com a ajuda da secretaria uma formação diferente e mais ampla, contando com o apoio de outros profissionais.

Outro aspecto importante que iria tentar viabilizar na secretaria seria a ajuda do caminhão móvel de Odontologia do município, onde aumentaria o cuidado com a saúde oral da população. Buscaríamos mais ajuda para conseguir um transporte para fazer mais visitas em lugares distantes.

Outro elemento que gostaria de tentar fazer seria buscar a participação do psicólogo do município, em nosso grupo de idosos, com vistas ao incentivo à diminuição do consumo de medicamentos para a depressão e ansiedade que é muito elevada. Além disso, buscaríamos fortalecer a parceria com o CAPS para ter um melhor controle de nossos idosos com necessidades deste serviço, bem como estabeleceríamos uma integração com a assistência social do município, desde que muitas vezes precisamos de sua ajuda com alguns casos de idosos.

A intervenção será incorporada à rotina da unidade através da manutenção das ações. Para este fim, nós vamos continuar informando e orientando a comunidade sobre a manutenção da atenção priorizada, especialmente, para os idosos com alto risco e vulnerabilidade. Outra forma de garantir as ações da intervenção é a sensibilização da comunidade e de cada usuário, que é atendido diariamente na unidade e, assim, garantir um melhor trabalho todos os dias, não só para os idosos, mas também para toda a comunidade e equipe de saúde.

As atividades necessárias para melhorar os indicadores, serão implementadas na rotina, melhorando os indicadores mais baixos, bem como os outros, sempre que possível, a exemplo do cumprimento da atenção à saúde bucal

pelo dentista. Para este indicador pretendemos, mesmo depois da intervenção, realizar palestras sobre uma higiene oral adequada para os idosos e, também, para toda a população agendada para o dentista. Assim, teremos uma melhora na saúde bucal, evitando a infecção da boca e outras alterações. A rádio comunitária será uma ferramenta de comunicação utilizada na cidade para divulgar o serviço e as ações de odontologia da unidade.

Vamos continuar a qualificar os conhecimentos e habilidades necessárias para a atenção à saúde do idoso. Pretende-se realizar a atualização de questões da maior importância para os nossos idosos como ansiedade, transtorno do pânico, suicídio, tentativa de depreciação, que são frequentes nesta idade, tendo o apoio dos documentos do Ministério da Saúde. Muitas destas situações de saúde diminuiram na cidade, porém ainda não acontece o mesmo com a ansiedade, pois todos os dias aparecem novos casos.

O incentivo à prática de atividade física e a realização destas atividades na unidade continuarão a acontecer pelo menos uma vez por. A busca ativa de idosos faltosos continuará a acontecer, visando não deixar de assistir estes idosos.

O próximo passo é manter todos os dias com a melhor qualidade, garantindo o que foi conseguido até agora com a intervenção. Dessa forma, buscaremos dar continuidade ao que já foi implantado. Pretende-se ainda a manutenção da união dos idosos, para que os mesmos encontrem apoio mútuo no grupo e possam seguir buscando a mudança dos hábitos de vida. Além disso, pretendemos aumentar o número de participantes e disseminar informações relevantes para a saúde e bem-estar dos idosos. Assim, a cada dia diminuiremos o número de idosos com possíveis complicações, aumentando a qualidade de vida desses usuários.

5. Relatório da intervenção para gestores

Aos gestores da secretaria municipal de saúde de Santa Vitória do Palmar,

Como parte integrante das atividades vinculadas ao programa Mais Médicos Brasil, cursei a Especialização em Saúde da Família promovida pela Universidade Aberta do SUS, em parceria com a Universidade Federal de Pelotas. Nesse curso foi solicitado como elaboração do trabalho de conclusão a realização de uma intervenção em uma dada ação programática na UBS onde atuo.

Após ter sido realizada uma análise situacional da população atendida no serviço, optamos por desenvolver nossa intervenção com os idosos, haja vista que identificamos a necessidade de promoção de melhorias na atenção e gerenciamento do trabalho.

Dessa forma, a equipe de saúde desenvolveu uma série de ações visando alcançar um cuidado mais preventivo e integral para os idosos da nossa área. Alguns dos ganhos que hoje temos dizem respeito a criação de grupos de idosos, com os quais realizamos de forma mensal diferentes atividades voltadas a melhoria da saúde.

Antes da intervenção havia na unidade uma grande demanda espontânea de atendimento, depois com a estruturação das atividades conseguimos trabalhar com agendamentos, mas sem deixar de lado a oferta da demanda espontânea, essa ação ajudou a organizar melhor o serviço.

Como principais resultados tivemos um aumento na cobertura do programa saindo de 33 idosos no mês 1 (15,1%) para 206 (94,1%) no quarto mês. Com a intervenção conseguimos agendar visitas a lugares mais distantes da comunidade

com a ajuda dos ACS e com a colaboração da secretaria da saúde. Assim, logramos fazer visita a todos os 14 idosos acamados (100%) identificados nas micro-áreas, que antes não conseguiam ter acesso a equipe de saúde.

Quanto a prescrição dos medicamentos da farmácia popular iniciamos a intervenção com 31 idosos (93,9%) e no quarto mês atingimos 160 (77,7%) de um total de 206 idosos. Essa queda foi devido à falta de muitas medicações na farmácia, onde tivemos que utilizar outras estratégias terapêuticas. Fazendo uma síntese de outros resultados tivemos 112 idosos (81,2%) com hipertensão e/ou diabetes com solicitação de exames complementares, e apenas 102 (49,5%) de idosos com primeira consulta odontológica programada.

Hoje a população idosa tem sua caderneta de saúde atualizada, onde são captadas informações valiosas sobre seu estado de saúde, assim de 206 idosos que fizeram o atendimento 99,5% tiveram o registro nesse documento. Ademais, quase 100% dos idosos foram orientados quanto a adoção de hábitos de vida saudáveis, apenas no quesito saúde bucal que nossa equipe precisa aprimorar os trabalhos, pois obtivemos ao final da intervenção somente 111 idosos (53,9%).

Realizamos algumas reuniões nos últimos meses para ouvir nossa comunidade e para fornecer informações sobre o nosso trabalho em geral, logrando assim melhorar cada dia a comunicação entre a unidade básica, a comunidade e a secretaria de saúde para desta forma poder enfrentar os problemas enfrentados pela população.

Sem dúvida gestores nossa intervenção possibilitou melhorar a saúde dos idosos da comunidade, hoje, continuamos nosso trabalho para melhorar as ações que exigem maior esforços, como é o caso do atendimento à saúde bucal, mas para isso contamos com o suporte da secretaria.

6. Relatório da Intervenção para a comunidade

Nossa comunidade aprovou o projeto que nasceu da necessidade da realização de um serviço priorizado e qualificado para os idosos. Desde o início percebemos que havia uma demanda espontânea de idosos, por motivos diferentes, e uma grande quantidade de usuários descompensados, com tratamento inadequado ou sem tratamento e necessitando de uma atenção integral. Assim, a todo o momento foram realizadas ações de promoção, prevenção, educação em saúde e comunicação entre a comunidade e a equipe de cuidados de saúde, visando alcançar melhoria no serviço. Foi entre a equipe de saúde que nasceu a ideia de, juntamente com todos, qualificar os cuidados aos idosos e realizar a intervenção.

Durante a execução do projeto fizemos diversas reuniões com a comunidade. No início não foram com grande número de usuários devido à falta de motivação e aproximação com a comunidade, pois há muito tempo nossa equipe esteve distante da população devido à ausência de uma equipe completa. Estas atividades foram fundamentais para disseminar uma série de informações e orientações da intervenção na comunidade e fortalecer a implementação das ações.

Assim, aproveitamos estes momentos para fornecer o conhecimento de tudo o que iria acontecer durante os 4 meses, comunicando que seria necessário o apoio de todos e, portanto, ser capaz de alcançar um maior número de idosos com atendimento na unidade ou em sua própria casa.

No início a intervenção parecia um sonho. No entanto, o desejo de transformar a vida dos idosos e de trazer modificações para as suas vidas, motivou a realização das ações, levando ao envolvimento de toda equipe. A comunidade merecia ter um serviço qualificado, o que hoje é uma realidade e já faz parte do trabalho e da rotina de nossa unidade.

Nas primeiras semanas a equipe concentrou-se na realização de alguns treinamentos que foram realizados sempre em um horário onde não afetava o serviço e a comunidade. Assim, muitos usuários receberam estes benefícios, como a exemplo da aferição da pressão arterial de forma apropriada, melhor acolhimento e informações para cada um de nossos usuários, priorizando a assistência aos idosos, bem como, a realização dos exames para diminuir a demanda reprimida existente. Também, passou-se a buscar soluções para os problemas decorrentes da realização de exames de urgência ou a necessidade de medicação e, a própria comunidade, foi testemunha desta situação. Desta forma, os testes de laboratório têm resultados muito mais rápidos, pois foi direcionado mais recursos para a unidade, afim de viabilizar a implementação do projeto. Recebemos uma maior quantidade de fitas para fazer testes de glicemia para os diabéticos e para aqueles que apresentam risco, além de um novo tensiômetro e um sonar.

Foram realizadas muitas ações na unidade básica para o benefício da comunidade. A unidade ganhou uma TV para as atividades no grupo de idosos, o que sem dúvida foi um grande impacto para todos. Assim, temos, hoje em dia, um grupo de idoso que está crescendo e que se configura como um espaço para disseminar conhecimentos, diminuindo os casos de depressão e ansiedade, muitas vezes causadas por falta de atividades para esses idosos que passam muitas horas sozinhos em casa, sem nada para fazer, e no grupo encontram pessoas que participam juntos e desejam ter uma vida melhor e uma saúde diferenciada.

Assim, é importante que todos da comunidade saibam que a intervenção começou trilhar caminhos, talvez não tão perfeitos, mas que podem transformar, aos poucos, a qualidade de vida dos idosos desta área.

A comunidade está ciente que com a implementação desta intervenção, conseguimos atingir cada família que possuía um idoso com problema de locomoção e com a ajuda dos agentes comunitários chegamos a atingir a maioria das casas que necessitavam de visitas. Ajudamos a melhorar o serviço para cada idoso, evitando que muitos fiquem desprotegidos.

A Secretaria da Saúde nos apoiou e nos ajudou durante a intervenção em vários aspectos. Hoje, todos os idosos contam com sua caderneta de saúde, onde não só eles podem ver a informação que foi coletada, mas a família e outros médicos que necessitam de conhecimento do estado de saúde, como peso, pressão

arterial, resultados de glicemia, bem como os medicamentos tomados. Nossa equipe investiu tempo e dedicação para a melhoria do serviço para toda comunidade idosa.

Sem dúvida todo este sucesso foi devido às muitas facilidades que encontramos, permitindo a execução da maioria das ações propostas no cronograma. Hoje, a comunidade conta com os atendimentos de nutrição e fisioterapia, proporcionando uma atenção mais integral e qualificada.

Diante de todo o exposto, viemos convidar a população a seguir participando das nossas atividades, a sugerir aspectos que precisam ser melhorados e a nos ajudar no processo de divulgação de hábitos de vida saudáveis, além de pensar junto com a equipe estratégias de mobilização comunitária.

A meta proposta de ampliação da cobertura da atenção à saúde das pessoas maiores de 60 anos foi de 100%, chegando a 94.1% graças ao trabalho feito pela equipe, conseguindo assim que o acolhimento dos usuários atendidos fosse melhorando, atingindo um melhor grau de satisfação da população. No primeiro mês nossa cobertura alcançou 15.1% (33 usuários idosos), no segundo mês 70 idosos foram consultados (32.0%) e no terceiro mês 141 idosos (64.4%).e no ultimo mês 206 idosos(94.1%)

Conseguimos cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção, todos eles receberam visitas domiciliares por toda a equipe. Durante o primeiro mês 6 idosos (100%), no segundo mês 12 idosos (100%), no terceiro mês 12 idosos (100%).ultimo mês 12 idosos (100%). Também conseguimos rastrear o 93.2% idosos para hipertensão na última consulta, conseguimos os seguintes resultados: no primeiro mês 33 idosos (100%), no segundo mês 70 idosos (100%), no terceiro mês 131 idosos (92.9%), ultimo mes 192 idosos (93.2%) Esta ação qualificou ainda mais a intervenção e possibilitou um maior cuidado aos idosos durante as consultas. Além disso, rastreamos 97.6% de idosos hipertensos para diabetes. Os resultados alcançados foram: no primeiro mês 30 idosos (96.8%), no segundo mês 60 idosos (93.8%), no terceiro mês 123 idosos (96.9%).ultimo mês 165 idosos(97.6%).

7. Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Existem muitos profissionais de diferentes países e culturas que hoje fazem parte do Programa Mais Médicos tendo como objetivo melhorar a saúde para toda a população deste país maravilhoso, que precisava de profissionais dedicados para fornecer cuidados mais humanos e abranger a população mais necessitada.

Minha experiência, tanto em meu país quanto em outros países em que trabalhei como médico geral, dedicado à saúde da família, com foco na prevenção de doenças e promoção à saúde, é muito amplo, mas sempre há possibilidade e a oportunidade de aprender e expandir essas experiências que ambos ajudam enriquecer ao médico.

O Brasil agora está passando por muitos desafios, que só podem ser ultrapassadas com uma boa formação profissional a favor das necessidades do SUS. Então, este curso permitiu melhorar nossa qualidade profissional, reforçar o conhecimento, expandir nossos horizontes, e para mim, aprender em um país com uma cultura completamente diferente possibilitando uma atenção baseada nos protocolos preconizados.

No início do curso eu pensei que ele era desnecessário, mais com o passar do tempo percebi que ele tinha grande valor possibilitando uma atualização da prática, experiência com doenças diferentes, bem como novos tratamentos.

O ambiente virtual, através da internet, é mais uma experiência nova para mim que estava acostumado à forma tradicional de ensino. Essa ferramenta permitiu expandir meu conhecimento básico sobre computadores e o avanço no uso da tecnologia da informação.

A participação nos fóruns de saúde pública e clínica permitiram o intercâmbio de conhecimentos com outros colegas em um ambiente virtual que é uma experiência nova para muitos. Também acredito que os espaços que

promovem os diálogos são importantes para esclarecer as necessidades e demandas da realidade coletiva que nos permite expressar nossas opiniões, dúvidas e contar a nossa experiência cotidiana e profissional. Casos clínicos interativos também são muito úteis, uma vez que tornam possível testar nossos conhecimentos sobre problemas comuns de cuidados de saúde primários e, ao mesmo tempo, revendo os aspectos relacionados a estes problemas.

É importante reconhecer a ajuda do orientador, responsável para a mediação do processo de aprendizagem, através do curso: ao final das atividades, incluindo a elaboração do projeto final (TCC) e participação nos diversos espaços em cada unidade, fornecendo opinião para todas as situações.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19). Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 16 p. – (Série B.). Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2006

CARVALHAES,N.et al. Quedas. In:SOCIEDADE BRASILEIRADE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. Consensos em gerontologia. São Paulo, 1998.

Projeto pedagógico- 2014. Pdf. Coletivo de autores, UFPel. Disponibilizado pelo curso de especialização em Saúde da Família.

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 Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Apêndices

**APÊNDICE A – Fotografias da intervenção realizada na UBS Artilina,
Santa Vitoria Do Palmar/RS**



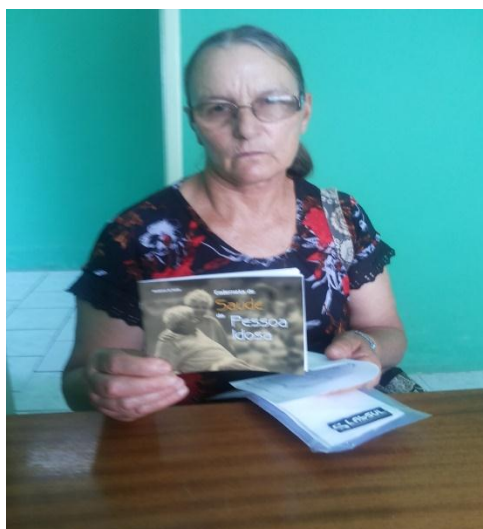
Fotografia 1. Enfermeira fazendo medição de tensão arterial em visita domiciliar a idosos.



Fotografia 2. Enfermeira fazendo medição de tensão arterial em visita domiciliar a idosos.



Fotografia 3. Enfermeira fazendo exame de glicose na UBS aos idosos.



Fotografia 4. Entrega da caderneta de saúde do idoso na consulta.



Fotografia 5. Dentista fazendo atendimento aos idosos na UBS.



Fotografia 6. Médico fazendo palestra com o grupo de idosos.



Fotografia 7. Equipe de saúde com o grupo de idosos.



Fotografia 8. Médico e enfermeira com o grupo de idosos.



Fotografia 9. Fisioterapeuta em atendimento na UBS aos idosos.



Fotografia 10. Médico e agente comunitário em visita domiciliar aos idosos.



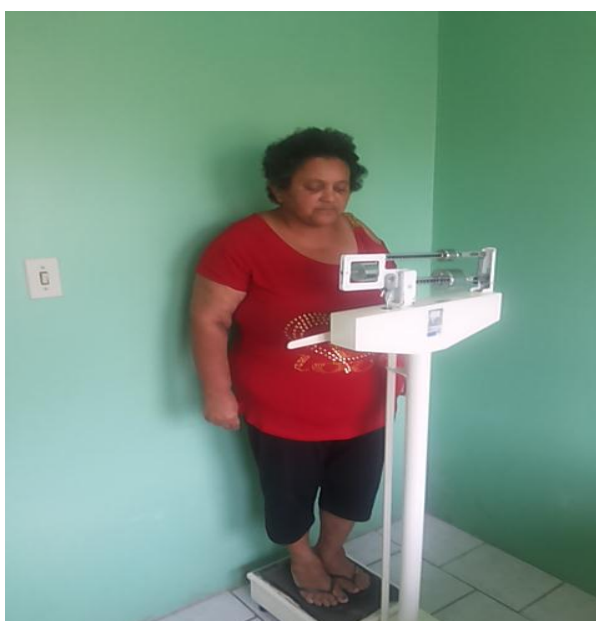
Fotografia 11. Médico fazendo atendimento aos idosos em visita domiciliar.



Fotografia 12. Equipe de saúde com idosos da comunidade.



Fotografia 13. Médico e equipe de saúde fazendo atendimento à idosa acamada.



Fotografia 14. Idosa em atendimento na UBS pela técnica de enfermagem.