

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



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção aos Idosos na UBS de Arroio do Padre,
Arroio do Padre / RS**

MARÍA DALEXIS RODRÍGUEZ FRAGA

Pelotas, 2015

MARÍA DALEXIS RODRÍGUEZ FRAGA

**Melhoria da Atenção aos Idosos na UBS de Arroio do Padre,
Arroio do Padre / 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: Giselle Lima Aguiar Correia

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

F811m Fraga, María Dalexis Rodríguez

Melhoria da Atenção aos Idosos na UBS de Arroio do Padre,
Arroio do Padre/RS / María Dalexis Rodríguez Fraga; Giselle Lima
Aguiar Correia, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

88 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. Correia, Giselle Lima Aguiar,
orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

As minhas filhas Elsa Felicitas e Maria Félix Tang Rodríguez pela compreensão, carinho e amor.

A Jesus Rey por seu apoio incondicional.

A toda minha família.

Agradecimentos

Aos profissionais da unidade de saúde, pelo compromisso e dedicação na prestação da assistência de qualidade para os nossos usuários.

E a minha orientadora, Giselle Lima Aguilár Correia, por ser tão prestativa e sempre estar disposta a me aconselhar.

Aos idosos e familiares que participaram deste programa, pela confiança e receptividade com a equipe.

Obrigada a todos que colaboraram na realização deste programa.

Resumo

RODRÍGUEZ FRAGA, M. D.. **Melhoria do Atendimento aos Idosos na UBS de Arroio do Padre, Arroio do Padre/RS**. 2015. 86fs. 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.

Nas últimas décadas observou-se que nos países em desenvolvimento, a população idosa vem aumentando de forma rápida, com base nisso, as ações voltadas aos idosos devem ser cada vez mais preventivas e educativas buscando uma melhor qualidade de vida. Diante disso e de uma análise situacional realizada na Unidade de Saúde de Arroio do Padre, onde foram identificadas algumas deficiências na atenção à saúde dos idosos, foi elaborado um projeto de intervenção. Esta intervenção teve o objetivo de melhorar a atenção aos Idosos na UBS de Arroio do Padre, Arroio do Padre / RS. A intervenção foi desenvolvida em um período de doze semanas. As ações foram desenvolvidas nos quatro eixos pedagógicos, sendo: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Os resultados atingidos com a intervenção foram impactantes, conseguindo atingir a cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na Unidade de Saúde que consegue mostrar um aumento progressivo de idosos cadastrados no programa a cada mês, sendo 42(14,6%), 91(31,6%) e 175(60,8%). Para todos os idosos cadastrados, fizemos a avaliação multidimensional, ficando em dia, assim como todos atualizaram os exames clínicos; todos também atualizaram os exames complementares. Quanto à prescrição com prioridade para a farmácia popular, foi garantido 61,7% no terceiro mês da intervenção. Durante a intervenção, foram cadastrados 33 idosos com dificuldade para locomover, sendo dada prioridade aos atendimentos na visita domiciliar. Conseguimos garantir para 175 (100%) idosos a verificação da pressão arterial na última consulta; assim como 108 (100%) hipertensos foram rastreados para diabetes. Foram feitas avaliações de necessidade de atendimento odontológico aos 175 (100%) idosos e com isso, foi garantida a primeira consulta odontológica programada para 134 (76,6%) idosos. Durante a intervenção foram feitas 52 buscas ativas para os 52 idosos faltosos às consultas. É com muita satisfação que registramos que, com a intervenção, foram atingidas 100% nas ações de idosos com seus registros na ficha espelho, assim como todos receberam caderneta de saúde da pessoa idosa, Todos passaram por avaliação de risco para morbimortalidade, assim como avaliação para fragilização na velhice. Todos os idosos tiveram também avaliação de rede social, receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis e sobre prática de atividade física regular, e orientação individual de cuidados de saúde bucal. As ações realizadas durante a intervenção se mostraram viáveis à rotina do serviço, pois são de fácil execução e que podem ser adotadas sem a utilização de muitos recursos. Com a intervenção tivemos melhora na qualidade do atendimento clínico, o engajamento da população com relação ao auto cuidado, até o envolvimento de toda a equipe de trabalho nos resultados finais, mostrando que a organização dos serviços é fundamental para a melhoria do atendimento prestado aos idosos.

Palavras-chave: Saúde da família; Atenção Primária à Saúde; Saúde do Idoso; Assistência Domiciliar; Saúde Bucal.

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico com a cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.	63
Figura 2	Gráfico com proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada	65
Figura 3	Gráfico com primeira consulta odontológica programática	69

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológica
CRAS	Centro de Referência Apoio Social
DM	Diabetes Mellitus
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde na Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IMC	Índice de Massa Corpórea
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PROVAB	Programa de Valorização da Atenção Básica
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema único de saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
VD	Visita Domiciliar

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	16
2 Análise Estratégica	17
2.1 Justificativa	17
2.2 Objetivos e metas	18
2.2.1 Objetivo geral	18
2.2.2 Objetivos específicos e metas	18
2.3 Metodologia	20
2.3.1 Detalhamento das ações	20
2.3.2 Indicadores	46
2.3.3 Logística	51
2.3.4 Cronograma.....	55
3 Relatório da Intervenção.....	59
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	59
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	74
5 Relatório da intervenção para gestores	76
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	78
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	80
Referências	82
Anexos	83

Apresentação

O trabalho teve como objetivo geral a Melhoria da Atenção aos Idosos na UBS de Arroio do Padre, Arroio do Padre / RS. Na primeira seção, será descrita a análise situacional, apresentando o município ao qual pertence à unidade em questão, a descrição da unidade e uma análise do processo de atenção à saúde realizado na mesma.

Na segunda seção, será descrita a análise estratégica, apresentando os objetivos, as metas, a metodologia, as ações propostas para a intervenção, os indicadores, a logística e o cronograma.

O relatório de intervenção, que será apresentado na terceira seção, demonstra as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas e as que não foram, as dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados e, por fim, uma análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço.

A quarta seção apresentará uma avaliação da intervenção com análise e discussão de seus resultados, além do relatório da intervenção para os gestores e para a comunidade.

Na seção cinco será apresentada uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

Por fim, será apresentada a bibliografia utilizada neste trabalho e, ao final, os anexos que serviram como orientação para o desenvolvimento da intervenção.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Antigamente o município era colônia da cidade de Pelotas, até o ano de 1996 e a política aqui não mede esforços para agradar os moradores, tem um grande investimento na saúde. Atualmente, o município de Arroio do Padre tem 2857 habitantes, a UBS localiza-se na área urbana, vinculada ao SUS, modelo de atenção mista. Funciona como Estratégia Saúde da Família (ESF) e como pronto atendimento e, à noite, apenas como pronto atendimento. Assim, a UBS permanece aberta 16 horas por dia, tendo atendimento médico e odontológico nos três turnos e, em caso de urgências médicas, os usuários são transportados com ambulâncias até Pelotas ou Rio Grande, em dependência da especialidade que o mesmo precise. O serviço de transporte para outros municípios opera 24 horas por dia, sempre com motoristas de plantão.

Arroio do Padre tem apenas uma equipe de ESF composto por uma médica, uma enfermagem, uma auxiliar de enfermagem, uma odontóloga, uma assistente bucal e seis Agentes Comunitárias de Saúde para atender toda a população deste município. Contamos com atendimento de psicólogo e fisioterapeuta todos os dias e nutricionista uma vez por semana. Temos como especialidade médica: pediatra, ginecologista e cardiologista uma vez por semana com muita aceitação de nossa população. Em nossa UBS, contamos com equipe de ultrassonografia, RX odontológico e equipe de Eletrocardiograma.

A estrutura física da UBS é satisfatória, pois temos dois consultórios médicos, 2 consultórios de dentista, sala de puericultura, sala de ginecologia, sala de RX, recepção, sala de espera que comporta mais ou menos 20 pessoas, instalações para médicos e motoristas com camas e televisão, cozinha ampla, sala de almoxarifado e sala específica para o lixo, dois banheiros para funcionários,

banheiro para usuário adaptado a necessidades especiais. O posto é feito com rampas para acesso de cadeirantes, dois carros e uma ambulância de prontidão, sala de vacinas, e dois quartos com quatro leitos separados por sexo, para necessidade de ficar em observação, sala de esterilização de materiais, duas salas para administração, uma delas para atender aos usuários que necessitam fazer marcação de exame ou marcar atendimento em outras cidades como no caso de especialidades.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Atualmente, o município de Arroio do Padre, é um município que predomina o cultivo em área rural, dedicada principalmente ao cultivo do tabaco, frutas e verduras. Tem uma população aproximada de 2857 habitantes, existe uma única Unidade Básica de Saúde (UBS) no município e o Sistema Único de Saúde (SUS) oferece dois tipos de atendimento, durante o dia funciona com Estratégia Saúde da Família (ESF) concomitante com pronto atendimento e, à noite, apenas como pronto atendimento até às 21h.

Arroio do Padre tem apenas uma equipe de ESF, localiza-se na área urbana, vinculada ao SUS, modelo de atenção mista, ESF e Pronto Atendimento, composto por uma médica, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, uma odontóloga, uma assistente bucal e seis Agentes Comunitárias de Saúde para atender toda a população. Disponibilizamos atendimento de psicólogo e fisioterapeuta todos os dias e nutricionista todas as quartas de tarde. Uma vez por semana temos consultas de especialidades médicas como pediatria, ginecologia e cardiologia com muita aceitação de nossa população.

A estrutura física da UBS é satisfatória, e o apoio da secretaria de saúde é muito boa para nosso trabalho e para todos os usuários que precisam dos serviços da UBS, aspecto este muito positivo para o trabalho em equipe. As deficiências que mais atrapalham o desenvolvimento do trabalho são as referentes aos encaminhamentos para outras especialidades, e para isso se tomam estratégias, como procurar fazer contratos com médico e clínicas particulares, entre outras.

Em relação às atribuições da ESF temos que destacar a integração A existente entre todos os membros da equipe e o trabalho outros serviços como NASF (Núcleo de apoio a Saúde da Família).

Como limitações, temos as distâncias que algumas das ACS tem que enfrentar, para visitar algumas residências e elas não têm meios de transporte. Como alternativa são utilizados os carros da secretaria ou da prefeitura uma vez ao mês, para que essas agentes podem levar as informações a essas famílias.

Todo o equipe participa do processo de mapeamento da área de atuação, em especial as ACS, a médica e enfermagem, tendo como meta identificação de os indivíduos, grupos e famílias expostos a riscos, identificação de grupos de agravos como HAS, DM, TB e outras, para isso se realizam visitas domiciliares a todas as famílias em nosso município.

Atualmente a Equipe de Saúde está completa e trabalhamos unidas para lograr uma correta e fidedigna informação sobre todos as pessoas que residem em Arroio do Padre. Também aqui funcionam diferentes grupos como Grupo de idosos, adolescente, gestante, hipertensos, diabéticos, criança, também atendemos Bolsas de famílias, duas vezes por semanas realizamos visitas domiciliar priorizando pacientes doentes que não podem assistir a consultas, pacientes faltosos, som realizando curativos a pacientes acamados. Também fazemos captação puerperal e de recém-nascido.

Temos que começar nossa análise, consciente de que o cadastro da UBS é desatualizado. Mas foram usados os dados obtidos da secretaria de saúde, que são os dados que os agentes comunitários de saúde da UBS trabalham. Com relação ao número de habitantes e dimensão do serviço (estrutura e equipe) estão de acordo as normas estabelecidas pelo SUS para o tamanho da área adstrita.

Na Unidade Básica de Saúde, estamos trabalhando para atender tanto a demanda espontânea quanto as demais atividades programadas, para não haver atraso em nenhuma das atividades como a primeira consulta de gestantes, puericulturas, visitas domiciliares e todos os atendimentos, sejam programáticos ou demanda espontânea. O acolhimento é realizado na recepção, onde procura-se o prontuário, sendo que a recepcionista faz a primeira parte, e depois o técnico de enfermagem realiza a triagem, eles são quem faz a classificação de acordo com a doença, características sociais, idade e gravidade da doença. O acolhimento é

realizado todos os dias. Temos dias específicos para atender a puericultura, sendo todas na segunda pela manhã e gestantes todas as sextas pela manhã. Os usuários nos procuram para serem atendidos, e no mesmo dia é feito o atendimento pela manhã e à tarde. O tempo de espera para os usuários terem suas necessidades acolhidas, é de dez minutos até vinte minutos, depende do número de pessoas que precisam de atendimento, que é variável.

A puericultura foi à primeira ação programática estabelecida na atenção primária, sendo fator importante na redução da mortalidade infantil no país. O foco na redução da morbimortalidade e potencialização do desenvolvimento infantil, se mantém como algo prioritário na atenção primária. Oferecemos puericultura para todas as faixas etárias de crianças. Temos cadastradas 11 crianças menores de ano. Os atendimentos para este público são realizados nas quartas-feiras no turno matutino, durante o trabalho da UBS, sendo realizados pela médica, enfermeira e pediatra.

As ações desenvolvidas na UBS, quanto ao cuidado às crianças, no atendimento de puericultura são: diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde mental, imunizações, prevenção de anemia, prevenção de violências, promoção do aleitamento materno, promoção de hábitos alimentares saudáveis. Em todos os atendimentos, os profissionais de saúde solicitam a caderneta da criança pra verificar se tem todas as vacinas em dia, avaliar curva do peso, alimentação, etc. Registramos as informações no prontuário clínico, durante a consulta e são feitas orientações às mães das crianças sobre a importância de uma alimentação saudável, explicamos o significado do posicionamento da criança na curva de crescimento, assim como reconhecer sinais de risco na mesma. Temos uma estimativa de 142 crianças até 72 meses de idade.

Na UBS realizamos atendimento pré-natal todas as terças-feiras. O atendimento acontece nos turnos da manhã pela médica da Equipe de Saúde e ginecologista. Temos no total, 11 gestantes acompanhadas no pré-natal, dessas, 10 são atendidas por nossa equipe de saúde e 1 faz acompanhamento com médico particular. Sempre que uma consulta de pré-natal é feita, a gestante sai da UBS com a próxima consulta programada agendada; além das consultas programadas de pré-natal, as gestantes podem ter atendimento de problemas de saúde agudos, sempre que elas precisarem. Na UBS não temos teste rápido de gravidez. São realizados na

UBS os testes rápidos de triagem para sífilis e sorologia (VDRL/RPR) teste rápido para HIV e teste para hepatites B e C. O resto dos testes se fazem em laboratórios particulares ou pelo SUS como: proteinúria (teste rápido), dosagem de hemoglobina (Hb) e hematócrito (Ht), grupo sanguíneo e fator Rh, teste de Coombs, glicemia em jejum, teste de tolerância com sobrecarga oral de 75g de glicose (dextrosol), exame sumário de urina (tipo I), urocultura com antibiograma, exame parasitológico de fezes. Às vezes os resultados são muito demorados. São desenvolvidas ações para o cuidado das gestantes, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal, controle dos cânceres do colo de útero e mama, imunizações, planejamento familiar, promoção do aleitamento materno, promoção de hábitos alimentares saudáveis, promoção da atividade física, grupo de gestantes.

Os atendimentos às gestantes são registrados em prontuários clínicos, ficha de atendimento odontológica, ficha espelho das vacinas e ficha específica para os registros dos atendimentos às gestantes. Os profissionais de saúde solicitam o cartão de pré-natal nos atendimentos e preenchem com as informações atuais da gestante em cada consulta. Em cada uma das consultas, a gestante tem conversa com os profissionais da saúde, onde elas recebem dicas de alimentação saudável, explicam o significado do posicionamento do peso na curva de ganho de peso no cartão de pré-natal, orientam sobre o aprazamento de vacina, recomendam que a gestante realize avaliação de saúde bucal na gravidez, assim como esclarece à gestante sobre a importância do aleitamento materno. As gestantes nas consultas do pré-natal recebem informação sobre os cuidados com o recém-nascido, exercício físico na gravidez, riscos do tabagismo, do álcool e uso de drogas.

A equipe de saúde da UBS realiza atividades com grupos de gestantes que são realizadas na UBS, a cada trimestre, com uma participação de 40% com apoio das agentes comunitárias de saúde e médica, orientando sobre a captação precoce das gestantes antes das 12 semanas. Quando elas não têm critério de risco, não procuram a unidade antes, porque ignoram sua gestação por problemas culturais e sociais. Todos os membros da equipe de saúde tem igual preocupação por atender adequadamente as gestantes. Assim como, são acompanhadas as puérperas durante o período e feita as orientações necessárias.

Na UBS são realizadas ações de educação da mulher para realização periódica do exame preventivo do câncer do colo uterino, pela enfermeira, mas

apresenta grande faltas nos agendamentos. Foi construído uma ferramenta, para acompanhamento, monitoramento regular do indicador e para resgatar essas mulheres e em todas as consultas e visitas de família. Estamos falando sobre a importância de realizar esse exame. Atualmente, temos um total de 167 exames citopatológico de colo de útero e 61 mulheres de nosso município realizaram mamografia este ano. Temos pendentes a realizar 71 mamografias, que já possuem encaminhamento, mas como não é realizado em nossa UBS, dependem de mamógrafos que tem outros municípios. A equipe segue manual específico para acompanhar orientações.

As Doenças Crônico-Degenerativas têm assumido importância cada vez maior no elenco de ações programáticas típicas da ação básica, em função da modificação da pirâmide populacional e do estilo de vida do portador destas doenças. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes mellitus (DM) são importantes fatores de risco para as doenças cardiovasculares e são consideradas potencialmente controláveis com a adoção de medidas preventivas. Na UBS, são realizadas ações de orientação aos portadores de HAS e DM. Temos 377 usuários com HAS e 71 portadores de diabetes mellitus, com os quais levamos ações de orientação de hábitos alimentares saudáveis, ações de controle do peso corporal, estimulação à prática regular da atividade física. Desenvolvemos ações que orientem sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool e malefícios do tabagismo. Os adultos com HAS e DM saem da UBS com a próxima consulta agendada para cuidado continuado.

Na unidade, começamos a fazer atividades para atendimento da demanda geral, como imunizações, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde mental, diagnóstico e tratamento do alcoolismo, diagnóstico e tratamento da obesidade e sedentarismo, diagnóstico e tratamento do tabagismo. Temos um especialista em Cardiologia em nosso município. Só fazemos encaminhamento para atendimento nas outras especialidades aos doentes com descompensações graves. Os demais são atendidos por nós e são encaminhadas as urgências e emergências para internação hospitalar, para serviços secundários em Pelotas. As consultas e os resultados dos exames são registrados nos prontuários clínicos. Em cada consulta, explicamos como reconhecer sinais de

complicações da HAS e orientamos sobre a existência do Programa HIPERDIA do Ministério da Saúde na UBS.

A equipe de saúde realiza atividades com grupos de adultos portadores de HAS, com os agentes comunitários de saúde, que apoiam nosso trabalho diário, no âmbito da UBS. Antes das consultas, são realizadas orientações em sala de espera para todos os doentes e nas visitas domiciliares se fazem orientações educativas junto ao resto da família dos hipertensos.

Os idosos são mais vulneráveis às doenças em função do processo de envelhecimento que ocasiona perdas funcionais como da visão, da capacidade de deambulação, que determinam também diminuição da autonomia. Por isso, o atendimento a esta população fica intensamente na preservação da funcionalidade, na preservação de sua autonomia, na inclusão social, e em cuidados e tratamentos que visam melhorar a qualidade de vida. Em nossa UBS, temos todos os dias da semana atenção da saúde dos usuários hipertensos e diabéticos e idosos, além do atendimento a demanda espontânea, que quando precisam do atendimento, são feitos em dois turnos. Também fazemos visita domiciliar três vezes por semana. Acompanhamos aos que ficam doentes, avaliamos, e são feitas orientações dos profissionais, falamos com a família sobre a doença, os fatores de risco, como prevenir as complicações, boas práticas de alimentação. É importante que a educação em saúde tenha como objetivo, promover a saúde dos idosos, orientando sobre as explicações das doenças crônicas e a pesquisa de Hipertensão e Diabetes. Mas temos muito que fazer pela saúde deles. Todos os membros da equipe desenvolvem ações de promoção de saúde como: Promoção da atividade física, promoção de hábitos alimentares saudáveis, promoção da saúde bucal, promoção da saúde mental, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento do alcoolismo, da obesidade e do sedentarismo.

No grupo dos idosos, tivemos dificuldade de preenchimento de registro por não existir formulário específico para os idosos e por não existir dados exatos, dificultando o desenvolvimento do trabalho. Os maiores desafios é fazer os idosos aderirem ao tratamento e as consultas regulares. Para isso, necessitamos de uma educação em saúde para a comunidade e fortalecer o vínculo com os idosos, para conhecer melhor a realidade e quais ações devemos fazer para obter resultados positivos.

Como ponto positivo, temos uma boa equipe que consegue atender a demanda e uma estrutura física satisfatória e também contamos com a disponibilidade de fármacos e outros itens de consumo necessários para o trabalho que quase nunca falta na UBS. Então, com o apoio da equipe, gestores e membros das comunidades, obteremos bons resultados com a intervenção, atingindo as metas propostas e qualificando o serviço na UBS.

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

Comparando o texto inicial e após as ferramentas utilizadas nas primeiras semanas de estudo, em especial, na análise situacional, podemos identificar diversos pontos positivos e negativos no trabalho desenvolvido. Inicialmente, não acompanhávamos de perto a rotina das atividades, pois rotina da UBS não obedecia a um cronograma pré-estabelecido, as visitas domiciliares eram realizadas quinzenalmente, as ACS não acompanhavam a ESF, pois não existia unidade da equipe e cada qual fazia sua parte individualmente.

Através do relatório da análise situacional, temos um olhar mais amplo da qualidade das ações e dos processos desenvolvidos na UBS. Podemos identificar as deficiências e pensar como trabalhar em equipe para superar estas deficiências e garantir um atendimento de qualidade.

É possível, agora, ver no horizonte, uma gama de possibilidades de mudanças para melhorar a assistência na UBS. A padronização de processos terapêuticos de acordo com diretrizes atualizadas e baseada em evidências. E, também a adoção de formas de registros que permitem monitorar melhor o acompanhamento dos grupos alvos e registro do atendimento.

Análise Estratégica

2.1 Justificativa

O processo normal de envelhecimento proporciona ao idoso algumas alterações que merecem ser identificadas pelos serviços de saúde. Além disso, o envelhecimento é uma complexa condição de morbidades com ocorrência concomitante de doenças, medicamentos, incapacidades funcionais e aumento da letalidade. Esta realidade biológica se sobrepõe a uma situação psicossocial vulnerável determinada por fatores relacionados ao indivíduo, sociedade, serviços e instituições **(BRASIL, 2007)**. A Unidade Básica de Saúde de Arroio do Padre é rural, e o modelo de atenção é mista. A estrutura física da UBS é satisfatória. A Equipe de Saúde da Família, é composta por uma médica, uma enfermeira, uma dentista, uma auxiliar de enfermagem, uma técnica em enfermagem, uma auxiliar de dentista e seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Temos um total de 756 famílias, com 2857 habitantes.

A população alvo da área adstrita é 288 usuários. A cobertura de Saúde da Pessoa Idosa encontrada é baixa, pois temos 42% de idosos cadastrados, planejando ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 60%, já que esta população é muito vulnerável, podendo sofrer doenças que levam às incapacidades funcionais e diminuem a qualidade de vida dos idosos.

Quanto à promoção de saúde, é importante que a educação em saúde tenha como objetivo educar aos idosos em questões simples, como o uso de sapatos que não sejam a causa de lesões no pé, nem quedas que podem causar fraturas de ossos, a reconhecer pequenas lesões que logo traz maiores complicações. Mas temos muito que fazer pela saúde deles. Todos os membros das equipes de saúde

garante uma atenção de qualidade a essas pessoas que moram em nossas comunidades.

Como dificuldades e/ou limitações existentes na UBS estão a falta de uma equipe multiprofissional para avaliação integral, os prontuários médicos desatualizados, o mapeamento da área antigo, além da resistência da gestão local entender que a assistência à pessoa idosa na atenção básica compreende organizar e redirecionar os serviços para ações e medidas capazes de reverter os indicadores de saúde. Pois uma assistência deficitária pode levar a deficiência ou ocasionar incapacidade e baixa funcionalidade da pessoa idosa. O aspecto que viabiliza a realização da intervenção é a disponibilidade, todos os dias da semana, de atenção à saúde dos Idosos, com oferta de atendimentos à demanda espontânea, além de outro aspecto importante para desenvolver a intervenção, que é o trabalho em equipe. Essas ações possibilitam melhorar os registros na UBS, permitindo assim, uma melhor avaliação contínua do grupo prioritário.

Com este projeto, pretendemos chegar a 60% de cobertura, melhorar a saúde da pessoa idosa, o que vai garantir um aumento da expectativa de vida em nossa comunidade e criar boas expectativas em nossa equipe de trabalho, que vai desenvolver ações mais humanitárias.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhoria da Atenção dos Idosos na UBS de Arroio do Padre, Arroio do Padre / RS

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso na Unidade Básica de Saúde de Arroio do Padre.

Meta 1.1- Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 60%.

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

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

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

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

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

Meta 2.5- Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 60% dos idosos da área).

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

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

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

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

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

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

Meta 3.1- Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

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

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

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

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas, na Unidade de Saúde da Família (USF) de Arroio do Padre, do município de Arroio do Padre - RS. Participarão da intervenção o total de 288 idosos residentes na área.

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 da família de Arroio do Padre para 60%.

Monitoramento e avaliação

Ação: 1.1.1 Monitorar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde periodicamente (pelo menos semanalmente)

Detalhamento: Será feito levantamento dos idosos com a ajuda dos agentes comunitários de saúde, a cobertura vai ser monitorada através das fichas espelho e será registrado na planilha de coleta de dados adotada para a intervenção. O registro na planilha de coleta de dados vai ser de responsabilidade da médica.

Organização e gestão do serviço

Ação: 1.1.1 Acolher os idosos.

1.1.2 Cadastrar todos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde.

1.1.3 Atualizar as informações do SIAB.

Detalhamento: 1.1.1 Os idosos vão ser acolhidos pela equipe de enfermagem em conjunto com os profissionais da recepção, o acolhimento vai se dar através da escuta das demandas dos usuários para posterior resolução de acordo com as necessidades identificadas pelos profissionais na escuta.

1.1.2 O cadastro dos idosos da área adstrita vai ser realizado pelos agentes comunitários de saúde da equipe e vai ser realizado através das visitas diárias realizadas pelos ACS.

1.1.3 Os dados do SIAB vão ser atualizados por um funcionário da secretaria municipal de saúde que é encarregado desta função, ainda vai contar com a ajuda da enfermeira da unidade que é responsável pelos registros que são digitados no sistema, a atualização vai ser mensal.

Engajamento Público

Ação: 1.1.1 Esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde;

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

Detalhamento: Nos atendimentos, o profissional que estiver acolhendo o usuário, orientar sobre a importância do acompanhamento da equipe de saúde, assim como comparecer à unidade nos dias agendados / programados ou nos encontros na comunidade. Durante as visitas domiciliares dos ACS os idosos também serão informados sobre a existência do programa e da importância de serem acompanhados, ainda nas atividades coletivas iremos anunciar bem como colocar cartazes na unidade.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: 1.1.1 Capacitar a equipe no acolhimento aos idosos.

1.1.2 Capacitar os ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço.

1.1.3 Capacitação da equipe da unidade de saúde para a Política Nacional de Humanização.

Detalhamento: O médico capacitará à equipe de como acolher, fazer busca ativa dos idosos sem cobertura de atendimento e como oferecer um atendimento de qualidade aos idosos que comparecerem às consultas e / ou ações nas comunidades, ou visitas domiciliares. As capacitações irão ocorrer durante as reuniões de equipe na própria unidade, com periodicidade estabelecida em cronograma.

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.

Monitoramento e avaliação

Ação: 2.1.1 Monitorar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anual em todos idosos acompanhados pela unidade de saúde.

Detalhamento: 2.1.1 Será feito monitoramento da avaliação Multidimensional Rápida dos Idosos que forem acompanhados. A avaliação multidimensional rápida vai ser monitorada pela médica da unidade em conjunto com a enfermeira uma vez ao ano, o material utilizado serão as fichas individuais, a caderneta de saúde dos idosos, ficha espelho, todos eles disponível na unidade de saúde.

Organização e gestão do serviço

Ação: 2.1.1 Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropômetro, Tabela de Snellen...);

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

Detalhamento: 2.1.1 O material para desenvolver esta ação já está disponível na unidade de saúde, não sendo necessários maiores esforços para a realização de tal avaliação.

2.1.2 A enfermeira da unidade vai ser responsável pela verificação dos sinais vitais e pela realização das medidas antropométricas, o exame físico e a avaliação dos dados coletados pela enfermeira vão ficar sobre responsabilidade da médica.

Engajamento Público

Ação: 2.1.1 Orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável.

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

Detalhamento: Estas ações serão realizadas com a comunidade em atividades programadas dentro e fora da unidade, onde a população seja bem informada com o objetivo de troca de ideias. Toda equipe será responsável pelas atividades de informação à comunidade. A orientação vai ser realizada de forma contínua e didática, em visitas domiciliares para abranger aqueles que não frequentam a unidade, consultas, atividades de grupo e em todos os momentos que forem oportunos. A periodicidade vai ser diária.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: 2.1.1 Capacitar os profissionais para o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pela UBS.

2.1.2 Treinar a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida;

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

Detalhamento: As capacitações serão realizadas nos horários de reuniões que se realizam todas as semanas, com estudo de temas que estiverem tendo mais dificuldades, serão capacitados todos os membros da equipe, pois todos estão envolvidos nas ações. As capacitações vão ser realizadas pela médica da unidade com a explanação de temas e será baseada nos cadernos da atenção básica disponibilizados pelo Ministério da Saúde.

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

Monitoramento e avaliação

Ação: 2.2.1 Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: 2.2.1 O monitoramento será garantido uma vez por semana, para tal vai ser utilizado o material que o curso disponibiliza a ficha espelho e planilha de coleta de dados, e vai ser realizado pela médica.

Organização e gestão do serviço

Ação: 2.2.1 Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos.

2.2.2 Garantir busca a idosos que não realizaram exame clínico apropriado.

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

2.2.4 Garantir a referência e contra- referência de pessoas com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades.

Detalhamento: 2.2.1 A enfermeira da unidade vai ser responsável pela verificação dos sinais vitais e pela realização das medidas antropométricas, o exame físico e a avaliação dos dados coletados pela enfermeira vão ficar sob responsabilidade da médica.

2.2.2 Através dos Agentes Comunitários de Saúde será realizada a busca ativa de idosos que não realizaram o exame clínico apropriado.

2.2.3 A agenda de idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares vão ser organizados pela médica em conjunto com a enfermeira e com os funcionários da recepção da unidade, com periodicidade semanal.

2.2.4 A referência e a contra- referência de pessoas com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades vai ser garantida através de contato telefônico a ser realizados pelos membros da equipe com os profissionais para onde os usuários forem encaminhados.

Engajamento Público

Ações: 2.2.1 Orientar os idosos e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento: 2.2.1 Explicaremos em palestras e durante as consultas os riscos das diferentes doenças que podem ser controladas com as consultas programadas e que a população conheça a periodicidade para a realização destas consultas, após capacitação da ESF. Todos os membros serão capazes de orientar a população.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: 2.2.1 Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

2.2.2 Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: A capacitação vai ser realizada durante a reunião de equipe, que é realizada uma vez por semana na UBS pela médica.

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

Monitoramento e avaliação

Ação: 2.3.1 Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

2.3.2 Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: O monitoramento será garantido uma vez por semana, para tal vai ser utilizado o material que o curso disponibiliza a ficha espelho e planilha de coleta de dados, e vai ser realizado pela médica.

Organização e gestão do serviço

Ação: 2.3.1 Garantir a solicitação dos exames complementares.

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

2.3.3 Estabelecer sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados.

Detalhamento: 2.3.1 Os exames serão solicitados pela médica da unidade durante as consultas e visitas domiciliares.

2.3.2 Será realizada uma conversa com o gestor municipal sobre a importância dos exames complementares para a definição de uma terapêutica adequada.

2.3.3 Sinalizar os usuários que não estiverem com os exames complementares preconizados.

Engajamento Público

Ação: 2.3.1 Orientar os idosos e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.

2.3.2 Orientar os idosos e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: A orientação acontecerá em cada consulta e nos encontros na comunidade, serão orientados os usuários sobre os exames complementares para o grupo de idosos e explicaremos com qual periodicidade devem ser realizados os mesmos, as orientações vão ser realizadas pela médica em conjunto com a enfermeira e irão utilizar os protocolos do Ministério da Saúde como material de apoio.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: 2.3.1 Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: 2.3.1 Serão realizadas palestras periódicas com toda a ESF para orientá-los o que é indicado pelo o Ministério da Saúde quanto à periodicidade com que devem ser realizados os exame complementares para os idosos.

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

Monitoramento e avaliação

Ação: 2.4.1 Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular / HIPERDIA.

Detalhamento: 2.4.1 O monitoramento **das prescrições**, serão feitos a cada semana, seguindo as fichas individuais de atendimento. O responsável pelo monitoramento será o farmacêutico da unidade,

Organização e gestão do serviço

Ação: 2.4.1 Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

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

Detalhamento: 2.4.1 O controle de estoque da unidade é realizado pela farmacêutica responsável que trabalha na UBS e será realizado a cada dois meses através de planilha própria que a funcionária adotou.

2.4.2 Atualizaremos o registro dos idosos que precisam de remédios de uso contínuo / HIPERDIA, a atualização será feita pela enfermeira e pela médica em conjunto com a farmacêutica, acontecerá a cada dois meses após o grupo de hipertensos e diabéticos.

Engajamento Público

Ação: 2.4.1 Orientar os idosos e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/HIPERDIA e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: 2.4.1 Serão orientados por todos da ESF sobre os direitos dos usuários de terem acesso gratuito aos medicamentos da Farmácia Popular / HIPERDIA. O responsável dessa ação será a médica e a enfermeira. Estas capacitações se realizarão nas reuniões de grupo, realizadas semanalmente na UBS.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: 2.4.1 Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes;

2.4.2 Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Detalhamento: A médica será responsável pela capacitação de toda a equipe, com apoio da farmacêutica responsável pela farmácia da unidade de saúde, estas capacitações se realizaram em as reuniões de grupo realizadas semanalmente em a UBS.

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

Monitoramento e avaliação

Ação: 2.5.1 Monitorar o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

Detalhamento: 2.5.1 Monitorar a lista de idoso acamados entregue pelas ACS e realizar visitas domiciliares a esses usuários pôr equipe. Prestar atendimento e acompanhamento dos idosos acamados, aproveitando para fazer encaminhamento a outras especialidades, aqueles idosos que necessitarem ser avaliado por outros especialistas. O responsável será a médica, enfermeira, com ajuda de toda a ESF. A médica encaminhará os idosos que forem detectados com alguma patologia que precise ser avaliado por outro especialista, seguem protocolo do Ministério de Saúde.

Organização e gestão do serviço

Ação: 2.5.1 Garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa.

Detalhamento: 2.5.1 Será feito levantamento dos idosos com a ajuda dos agentes comunitários de saúde, a cobertura vai ser monitorada através das fichas espelho e será registrado na planilha de coleta de dados adotada para a intervenção. O registro nas fichas espelho vai ser realizado pela médica e pela enfermeira da unidade e o registro na planilha de coleta de dados vai ser de responsabilidade da médica.

Engajamento Público

Ação: 2.5.1 Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da Unidade de Saúde.

Detalhamento: 2.5.1 Estas ações serão realizadas com a comunidade em atividades programadas dentro e fora da unidade, onde a população será bem informada com o objetivo de troca de ideias. Toda equipe será responsável pelas atividades de informação à comunidade através de cartazes, que serão colocados em diferentes lugares públicos de nosso município fundamentalmente em a UBS.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: 2.5.2 Capacitar os ACS para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência.

Detalhamento: 2.5.2 Serão realizadas palestras periódicas com toda a ESF para orientá-los o que é indicado pelo Ministério da Saúde quanto aos critérios para cadastrar aos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

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

Monitoramento e avaliação

Ação: 2.6.1 Monitorar realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: 2.6.1 O monitoramento será garantido a cada semanas, através de fichas individual a ficha espelho e a caderneta de saúde dos idosos que tenham todos os dados para uma avaliação completa e toda a equipe será responsável, com a supervisão da enfermeira.

Organização e gestão do serviço

Ação: 2.6.1 Organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: 2.6.1 Será feito levantamento dos idosos com a ajuda dos agentes comunitários de saúde. A cobertura vai ser monitorada através das fichas espelho e será registrado na planilha de coleta de dados adotada para a intervenção, as visitas domiciliares serão realizada pela médica, enfermeira e ACS dessa área de abrangência. O registro na planilha de coleta de dados vai ser de responsabilidade da médica e enfermeira.

Engajamento Público

Ação: 2.6.1 Orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar.

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

Detalhamento: Estas ações serão realizadas em atividades programadas dentro e fora da unidade, onde a população seja bem informada sobre o acompanhamento dos idosos, com o objetivo de troca de ideias e aumento de informações. Toda equipe será responsável pelas atividades de informação à comunidade. Em cada

reunião de grupo as ACS informaram as visitas realizadas aos idosos acamados e alertar para aqueles que precisarem ser visitados pela ESF

Qualificação da Prática Clínica

Ação: 2.6.1 Orientar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

2.6.2 Orientar os ACS para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar.

Detalhamento: As duas capacitações serão realizadas pela médica da equipe nos horários de reuniões, a todos os membros da equipe, com maior ênfase aos Agentes Comunitárias por trabalharem diretamente realizando as visitas domiciliares mensalmente a todas as famílias da área de abrangência.

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

Monitoramento e avaliação

Ação: 2.7.1 Monitorar o número idosos submetidos a rastreamento para HAS, periodicamente (pelo menos anualmente).

Detalhamento: 2.7.1 Será verificada a pressão arterial de todos os idosos que passarem na UBS por qualquer motivo, e monitorada mensalmente, quanto ao rastreamento para HAS a todos os que serão visitados pela médica e a enfermeira nas visitas domiciliares, tendo presente, às medidas preconizadas pelo Ministério de Saúde para uma correta realização dessa ação.

Organização e gestão do serviço

Ação: 2.7.1 Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS.

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

Detalhamento: 2.7.1 Os idosos portadores de HAS serão acolhidos na recepção pelo pessoal que trabalha nesse departamento, logo em seguida pela enfermagem que realiza a verificação de pressão e depois na consulta médica onde termina o acolhimento.

2.7.2 A tomada da pressão arterial será realizada pela enfermeira, a técnica de enfermagem da unidade em conjunto com a médica, e o material utilizado é o material disponível na unidade e utilizado em exames de rotina, como estetoscópio e esfigmomanômetro.

Engajamento Público

Ação: 2.7.1 Orientar a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade.

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

Detalhamento: As ações serão realizadas pelas ACS, enfermeira, médico, dentista, ou seja, toda a equipe será responsável pelas atividades para garantir uma velhice de qualidade, nas consultas, com cartazes educativos, além de orientar nas visitas domiciliares a importância do controle da HAS para toda população, principalmente das pessoas da terceira idade.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: 2.7.1 Capacitar a equipe da Unidade de Saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Detalhamento: 2.7.1 As capacitações serão realizadas nos horários de reuniões semanalmente, com estudos dos temas que apresentarem maiores dificuldades. Orientando a equipe, quanto a verificação da pressão arterial, a responsável e a enfermeira da equipe e utilizará os materiais existentes na unidade de saúde, como estetoscópio, esfigmomanômetro e outros.

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).

Monitoramento e avaliação

Ação: 2.8.1 Monitorar número idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM, periodicamente (pelo menos anualmente).

Detalhamento: 2.8.1 A equipe utilizará ficha espelho fornecida pelo curso, onde contém todos os dados para uma avaliação completa do idoso. Na UBS, também utilizaremos os prontuários de cada idoso para realizar o monitoramento por meio dessas ferramentas do número de idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM), sendo responsável toda a equipe com supervisão da médica.

Organização e gestão do serviço

Ação: 2.8.1 Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM.

2.8.2 Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

2.8.3 Criar sistema de alerta na ficha de acompanhamento para indicar o idoso que provavelmente terá que realizar o hemoglicoteste.

Detalhamento: 2.8.1 Os idosos portadores de DM serão acolhidos na recepção pelo pessoal que trabalha em esse departamento, logo pela enfermagem que realiza a teste rápido de glicose e depois em a consulta médica onde termina o acolhimento.

2.8.2 O material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde esta garantido pela secretaria de saúde, como glucosímetros, álcool e algodão para antissepsia, entre outros.

2.8.3 Sinalizar em prontuário, o usuário que necessita de realização de hemoglicoteste. Será responsável pela realização da ação, a enfermeira.

Engajamento Público

Ação: 2.8.1 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.

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

Detalhamento: Realizaremos atividades programadas dentro e fora da unidade, onde a população seja bem informada com o objetivo de troca de ideias, toda equipe será responsável pelas atividades de informação a comunidade.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: 2.8.1 Capacitar a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

Detalhamento: 2.8.1 Realizaremos atividades programadas dentro e fora da unidade, onde a população seja bem informada com o objetivo de troca de ideias. Toda equipe será responsável pelas atividades de informação à comunidade.

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

Monitoramento e avaliação

Ação: 2.9.1 O monitoramento será garantido semanalmente, serão utilizadas as filhas espelho e caderneta do idoso que contenha todos os dados para um monitoramento qualificado da avaliação odontológica completa do idoso, serão feito na UBS pelo odontóloga e auxiliar de dentista que integram a Equipe de Saúde Bucal (ESB).

Organização e gestão do serviço

Ação: 2.9.1 Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde.

2.9.2 Cadastrar os idosos na unidade de saúde.

2.9.3 Oferecer atendimento prioritário aos idosos na unidade de saúde.

Detalhamento: Os idosos serão atendidos com prioridade sobre o resto dos usuários excetuando que se presente uma urgência medica. Responsável por isso som as auxiliares de enfermagem encarregadas de fazer a triagem diário, quando o idosos vem a consulta.

2.9.4 Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.

Detalhamento: A realização será responsabilidade do médico e enfermeira, com gestão municipal, mais a equipe odontológica, que garantirá prioridade para este grupo populacional. Os atendimentos vão a ser organizados por a técnica em saúde bucal, por ordem de prioridade com revisão das fichas que terão toda informação necessária.

Engajamento Público

2.9.1 Ação: Informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de idosos, sobre atendimento odontológico prioritário de idosos e de sua importância para saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na Unidade de Saúde, explicar a toda a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais.

Detalhamento: 2.9.1 Estas ações serão realizadas com a comunidade em atividades programadas dentro e fora da unidade, onde a população seja bem informada com o objetivo de troca de ideias. Toda equipe será responsável pelas atividades de informação à comunidade, continuamente.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: 2.9.1 Capacitar a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em idosos.

Detalhamento: 2.9.1 Serão capacitados todos os membros da equipe para a correta realização de uma avaliação bucal adequada aos idosos. Com o estudo dos protocolos do ministério da saúde, para o idoso, a ESF ficará com esclarecimento total para informar a periodicidade das consultas e como responsável, a odontóloga dirigirá essa ação.

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

Monitoramento e avaliação

Ação: 2.10.1 Monitorar número de idosos cadastrados na Unidade em acompanhamento odontológico no período.

Detalhamento: Serão realizadas as primeiras consultas odontológicas na UBS a todos os idosos de nossa área de abrangência, para isso, contamos com o apoio das ACS e odontóloga da equipe será a encarregada dessa atividade para realizar semanalmente o monitoramento dos idosos em acompanhamento na saúde bucal.

Organização e gestão do serviço

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

2.10.3 Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.

2.10.4 Oferecer atendimento prioritário aos idosos.

Detalhamento: Os idosos que precisarem de atendimento odontológico, ou que fossem encaminhados para esse atendimento, nas visitas domiciliares por meio de captação, serão acolhidos na recepção pelo pessoal que trabalha nesse departamento e programado agendamento da consulta na vaga de prioridade, logo pela auxiliar odontológica e depois na consulta. Assim como esclarecer a comunidade sobre a necessidade e importância da realização de exames bucais.

Engajamento Público

Ação: 2.10.1. 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.

2.10.2 Esclarecer a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais.

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

Detalhamento: Com a capacitação da equipe pelo médico, a enfermeira e dentista promoverão hábitos de alimentação saudável, realização de exercícios físicos, higiene bucal, sendo responsável pela ação o odontólogo, médico, enfermeira, técnicas de enfermagem e ACS.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: 2.10.1 Capacitar a equipe para realizar acolhimento do idoso de acordo com protocolo.

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

2.10.3 Capacitar os ACS para captação de idosos.

2.10.4 Capacitar os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para idosos.

Detalhamento: Com a capacitação da equipe pelo médico, enfermeira e dentista promoveremos hábitos de alimentação saudável, realização de exercícios físicos, higiene bucal, sendo responsável pela ação o odontólogo, médico, enfermeira, técnicas de enfermagem e ACS. Serão capacitados todos os membros da equipe para a correta realização de atenção à saúde bucal aos idosos, cadastrando os que nunca realizaram consulta e ao mesmo tempo, os faltosos.

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

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

Monitoramento e avaliação

Ação: 3.1.1 Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela unidade de saúde.

Detalhamento: 3.1.1 Monitorar através da caderneta, a ficha, assim como a consulta médica o comparecimento nas consultas de acompanhamento conforme orientação da equipe. Serão responsáveis pelas ações: a médica, enfermeira, dentista.

Organização e gestão do serviço

Ação: 3.1.1 Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

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

Detalhamento: 3.1.1 Os ACS ficarão como responsáveis de realizar a busca ativa dos faltosos, após realizar o levantamento junto com a equipe em reunião semanalmente.

3.1.2 Organizar a agenda para deixar vagas para demanda espontânea dos usuários que forem buscados pelos ACS.

Engajamento Público

Ação: 3.1.1 Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

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

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

Detalhamento: Nos atendimentos, o profissional que estiver acolhendo o usuário, fará orientação sobre a importância da adesão do idoso aos diferentes grupos que existem na UBS como o Grupo da terceira idade, "Conviver" os quais realizam atividades mensais com participação da ESF e CRAS, e através de palestras nos grupos de HIPERDIA. Enfatizando sobre a periodicidade determinada pelo protocolo.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: 3.1.1 Treinar os ACS para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

3.1.2 Definir com a equipe a periodicidade das consultas.

Detalhamento: 3.1.1 A equipe será capacitada pela médica, sobre as formas de adesão dos idosos à consulta dentro da periodicidade indicada e / ou ações nas comunidades. As orientações serão realizadas durante as consultas médicas, visitas domiciliares e no grupo de idosos, com a responsabilidade do médico e enfermeira.

3.1.2 Em reunião de equipe, será definido a periodicidade das consultas oferecidas aos idosos, seguindo orientação do protocolo do Ministério da Saúde.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

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

Monitoramento e avaliação

Ação 4.1.1 Monitorar a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde.

Detalhamento: 4.1.1 Para melhorar o registro dos idosos acompanhados, teremos um profissional responsável pelo monitoramento e cadastro na UBS, sendo responsável a médica.

Organização e gestão do serviço

Ação: 4.1.1 Manter as informações do SIAB atualizadas.

4.1.2 Implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos.

4.1.3 Pactuar com a equipe o registro das informações.

4.1.4 Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

4.1.5 Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização da Avaliação Multidimensional Rápida e dos demais procedimentos preconizados.

Detalhamento: 4.1.1 Os ACS serão responsáveis em manter o SIAB atualizado, assim como a enfermeira em enviar o acompanhamento para alimentar o sistema de informação.

4.1.2 A médica fará implantação da planilha de acompanhamento dos idosos, assim como a ficha espelho de acompanhamento dos atendimentos aos idosos para registrar informações e dados colhidos durante o atendimento. Assim como, os registros nas carteirinhas dos idosos.

4.1.3 Todas estas ações serão verificadas pelo médico e enfermeira, com as informações atualizadas como a caderneta do idoso e fichas que garantam um trabalho eficaz. Em reunião, fará determinação dos registros que farão nos acompanhamentos.

4.1.4 Ainda em equipe, será determinado responsável pelo monitoramento de registro do acompanhamento.

4.1.5 A equipe estabelecerá uma forma de sinalização como forma de alerta dos usuários faltosos e/ou com algum risco.

Engajamento Público

Ação: 4.1.1 Orientar os idosos e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: 4.1.1 O profissional que estiver atendendo o idoso, orientará que será registrado todos os dados de sua consulta em seu prontuário clínico individual e a equipe trabalha também com registros em prontuários eletrônicos, alertando-os do direito da informação sobre sua saúde.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: 4.1.1 Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos.

Detalhamento: 4.1.1 O médico nas reuniões de equipe capacitará o resto da ESF sobre como registrar os dados na ficha individual de cada idoso, tanto nas visitas domiciliares realizadas pela ESF, como em consultas médicas, atendimento de enfermagem, atendimento odontológico e psicológico na UBS.

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

Monitoramento e avaliação

Ação: 4.2.1 Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Detalhamento: 4.2.1 Será necessária a estratificação de risco na população idosa para conhecer indicadores de velhice e poder atuar de forma correta e organizada, com a responsabilidade do médico e enfermeira, com dados das ACS. Os responsáveis por esta ação, serão a médica e a enfermeira.

Organização e gestão do serviço

Ação: 4.2.1 Solicitar ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Detalhamento: 4.2.1 Será solicitado ao gestor municipal, a caderneta do idoso para ser entregue a cada idoso que for acompanhado na área de abrangência da unidade de saúde.

Engajamento Público

Ação: 4.2.1 Orientar os idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção.

Detalhamento: 4.2.1 Orientar a importância destas ações que serão realizadas em visitas domiciliares, intercorrências com outros familiares que sejam cuidadores, sendo de responsabilidade toda a equipe. Será orientada aos idosos, da importância de manter atualizada a caderneta e portar ela toda vez que procurar a outro serviço de saúde porque todas as informações estão contidas na mesma.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: 4.2.1 Capacitar a equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa.

Detalhamento: 4.2.1 Esta capacitação será organizada em reuniões, onde preencheremos registros como forma de estudo ou treinamento, além da caderneta de saúde, a enfermeira e médico serão responsáveis por essa tarefa.

Objetivo 5. Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

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

Monitoramento e avaliação

Ação: 5.1.1: Rastrear o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência.

Detalhamento: 5.1.1 Para essa ação, serão responsáveis os ACS pelo monitoramento dos idosos com risco da saúde e serão priorizados os idosos de risco nas programações das agendadas de visita domiciliar. O monitoramento será feito semanalmente nas reuniões com as agentes de saúde.

Organização e gestão do serviço

Ação: 5.1.1 Priorizar o atendimento a idosos de maior risco de morbimortalidade.

Detalhamento: 5.1.1 Para cumprir com essa ação, será realizado visita domiciliar três vezes por semana e se priorizarão aos idosos com risco de ter uma doença crônica, tendo como responsável a médica em união com as ACS que fazem as visitas a cada família mensalmente. O monitoramento dessa ação, indiretamente realizando o levantamento dos idosos de risco, será a médica.

Engajamento Público

Ação: 5.1.1 Orientar os idosos sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco.

Detalhamento: 5.1.1 Os profissionais orientarão os idosos sobre a importância do acompanhamento da equipe de saúde, assim como comparecer à unidade nos dias agendados/programados ou nos encontros na comunidade, principalmente para os idosos de alto risco.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: 5.1.1 Capacitar os profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa.

Detalhamento: 5.1.1 Serão capacitados os profissionais com auxílio dos estudos em diferentes cenários trabalhados através do protocolo, com a identificação de risco, indicadores de fragilização na velhice, sendo responsável o médico.

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

Monitoramento e avaliação

Ação: 5.2.1 Monitorar o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice.

Detalhamento: 5.2.1 Para realizar o monitoramento dos idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice, será necessário a estratificação de risco na população idosa para conhecer e poder atuar de forma correta e organizada, com a responsabilidade do médico e enfermeira, com dados das ACS. Esta ação será de responsabilidade da médica.

Organização e gestão do serviço

Ação: 5.2.1 Priorizar o atendimento de idosos fragilizados na velhice.

Detalhamento: 5.2.1 Atualizar os registros da estratificação de riscos; priorizaremos as visitas domiciliares, atendimentos a idosos fragilizados que serão agendados pelos ACS e atendimento para médico, enfermeira e dentista. Como responsável pela ação a médica da ESF da UBS.

Engajamento Público

Ação: 5.2.1 Orientar os idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente.

Detalhamento: 5.2.1 Orientar a importância destas ações que serão realizadas em visitas domiciliares, para familiares que sejam cuidadores, tendo como responsabilidade de toda a equipe e serão incentivados pela enfermeira.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: 5.2.1 Capacitar os profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice

Detalhamento: 5.2.1 Será capacitada a ESF para seguir o protocolo na identificação de risco, indicadores de fragilização na velhice, tendo como responsável da capacitação, o médico.

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

Monitoramento e avaliação

Ação: 5.3.1 Monitorar a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS.

5.3.2 Monitorar todos os idosos com rede social deficiente.

Detalhamento: Os idosos serão monitorados pelas ACS, que junto aos demais da equipe, revisarão os cadastros e avaliação dos idosos com rede social deficiente, além de garantir o acolhimento com atividades de promoção e prevenção, também recreativas, o médico e enfermeira serão os responsáveis de atualizar as informações do SIAB.

Organização e gestão do serviço

Ação: 5.3.1 Facilitar o agendamento e a visita domiciliar a idosos com rede social deficiente.

Detalhamento: 5.3.1 Com atualização dos registros e estratificação de riscos priorizaremos as visitas domiciliares, atendimentos a idosos com rede social deficientes, que serão agendados pelos ACS o atendimento pela médica da equipe a quem é a responsável pela ação de realizar as visitas domiciliares uma vez por cada semana a estes idosos.

Engajamento Público

Ação: 5.3.1 Orientar os idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde.

5.3.2 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: 5,3,1 Orientar a importância de uma boa socialização dos usuários nas redes sociais, assim como agendar o atendimento prioritário na unidade de saúde. Sendo responsáveis por esta ação, os ACS.

5.3.2 Estas ações serão esclarecidas a comunidade pelas ACS, enfermeira, médica, dentista, toda a equipe será responsável por essas atividades para garantir uma velhice mais saudável a essa população, além de orientar durante as visitas domiciliares sobre a importância do convívio social, é feita divulgação dos encontros com a população que existe e de um Programa de Atenção ao idoso onde é oferecido todo o necessário para melhoras de sua saúde.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: 5.3.1 Capacitar a equipe para avaliar a rede social dos idosos.

Detalhamento: 5.3.1 As capacitações serão realizadas pela médica e a enfermeira, abordando os temas nas reuniões dos serviços organizadas a cada semana, onde os responsáveis de cada ação conheçam as formas de acolher os idosos, e como realizar busca ativa de idosos que não estão em acompanhamento em nenhum serviço.

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos

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

Monitoramento e avaliação

Ações: 6.1.1 Monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos.

6.1.2 Monitorar o número de idosos com obesidade / desnutrição.

Detalhamento: Monitorar a cada semana, através da caderneta e ficha espelho, assim como o registro da consulta médica, quanto realização de orientações sobre mudanças de estilos de vida relacionadas a hábitos alimentares, assim como monitorar o número de idosos com obesidade e idosos com desnutrição através dos mesmos registros, sendo responsáveis pela ação: médica, enfermeira, dentista.

Organização e Gestão do Serviço

Ações: 6.1.1 Definir o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Detalhamento: 6.1.1 Em reunião de equipe, através de livre escolha, será definido o papel de cada membro da equipe sobre os temas a serem abordados quanto aos hábitos alimentares saudáveis.

Engajamento Público

Ações: 6.1.1 Orientar os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis.

Detalhamento: 6.1.1 Estas ações serão realizadas com a comunidade em atividades mensais programados dentro e fora da unidade, onde a população seja bem informada com o objetivo de troca de ideias sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis. Toda equipe será responsável pelas atividades de informação a comunidade.

Qualificação da Prática Clínica

Ações: 6.1.1 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".

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

Detalhamento: Serão promovidas orientações para a equipe de saúde de hábitos de alimentação saudável, sendo responsável pelas ações a odontóloga e a médica pela capacitação da enfermeira, técnicas de enfermagem e ACS, com apoio de

Telessaúde, vídeos educativos e cartazes. Utilizaremos os métodos existentes na unidade de saúde como projetor, televisores, computadores etc.

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

Monitoramento e avaliação

Ação: 6.2.1 Monitorar a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos.

6.2.2 Monitorar o número de idosos que realizam atividade física regular.

Detalhamento: Realizar um cadastro e monitoramento de todos os idosos que praticam e podem praticar exercício físico em nossas comunidades, esta ação será realizada pelas ACS nas visitas que fazem aos domicílios semanalmente, e será supervisionada/monitorada pela enfermagem.

Organização e gestão do serviço

Ação: 6.2.1 Definir o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular.

6.2.2 Demandar do gestor municipal parcerias institucionais para realização de atividade física.

Detalhamento: Estas duas ações serão verificadas pelo médico e enfermeira. Será feita a distribuição de funções de cada membro da equipe na ação de repasse de orientação a prática de atividade física regular nos atendimentos. Esta ação será desenvolvida semanalmente na reunião de equipe.

A médica enviará ofício a gestor municipal de saúde, apoio do profissional educador físico para participação nas atividades.

Engajamento Público

Ação: 6.2.1 Orientar os idosos e a comunidade para a realização de atividade física regular.

Detalhamento: 6.2.1 Serão realizadas palestras onde explicarão a importância da prática regular de exercício físico, tendo como responsável pela ação o fisioterapeuta. Será desenvolvida na primeira reunião da equipe do mês de janeiro.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: 6.2.1 Capacitar a equipe para orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular.

Detalhamento: 6.2.1 Será realizada reunião com equipe de Saúde para orientar sobre a prática de exercício físico por um professor qualificado sobre os exercícios que podem realizar as pessoas idosas e será responsável pela ação a fisioterapeuta da UBS, acontecerá em áreas da Unidade de saúde uma vez por semana.

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

Monitoramento e avaliação

Ação: 6.3.1 Monitorar as atividades educativas individuais.

Detalhamento: 6.3.1 Monitorar mensalmente através da caderneta, a ficha, assim como a consulta médica e as atividades de promoção de hábitos saudáveis, as mudanças de estilos de vida, tendo como responsáveis, a dentista e a médica do ESF.

Organização e gestão do serviço

Ação: 6.3.1 Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: 6.3.1 Cada consulta tem um tempo para orientação da importância da saúde bucal, responsabilizamos a odontóloga e seu auxiliar com ajuda da enfermeira, a médica e com importante papel as ACS, que realizam também essas tarefas nas visitas domiciliares em cada mês.

Engajamento Público

Ação: 6.3.1 Orientar os idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias.

Detalhamento: 6.3.1 As orientações serão realizadas durante as consultas médicas, visitas domiciliares e no grupo de idosos, com a responsabilidade do médico e enfermeira, serão envolvidos todos os idosos de nossa comunidade que usam prótese dentária.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: 6.3.1 Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias.

Detalhamento: 6.3.1 A odontóloga realizará orientações sobre higiene bucal e próteses dentárias a toda equipe semanalmente na reunião de equipe, afim de todos promoverem hábitos de alimentação saudável, higiene bucal. A responsável da ação é o odontólogo, com ajuda da médica, enfermeira, técnicas de enfermagem e ACS.

2.3.2 Indicadores

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

Meta 1- Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 60%, para garantir isso, nossa ESF fará visitas domiciliares três vezes por semanas priorizando aos idosos acamados.

Indicador 1.1 Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde do município Arroio do Padre.

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa

Denominador: Número de idosos pertencentes a área de abrangência da unidade de saúde do município Arroio do Padre.

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

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

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

Numerador: Número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia

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

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

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.

Indicador 2.2 Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

Numerador: Número de idosos com exame clínico apropriado em dia

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular

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

Meta 2.5- Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 60% dos idosos da área).

Indicador 2.5. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar

Numerador: Número de idosos acamados ou com problema de locomoção que receberam visita domiciliar e cadastrados no programa.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 2.8. Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus

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

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

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

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

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

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

Indicador 2.10. Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.

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

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com orientação sobre higiene bucal.

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

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de Saúde dos Idosos, vamos adotar o Caderno de Atenção Básica à Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde, 2010. Utilizaremos o prontuário do idoso e a ficha espelho, modelo oferecido pela UFPel que inclui: nome completo, idade, sexo, estado civil, características e composição da família e a vivência, pressuposto familiar, saúde bucal, entre outras, para poder coletar todos os dados para os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção. Estimamos alcançar com a Intervenção 60% de cobertura dos idosos moradores em nosso município. Faremos contato com o gestor municipal para dispor das fichas espelho necessário e para imprimir as mesmas que serão anexadas aos prontuários. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

Para organizar o registro específico do programa, o enfermeiro revisará o livro de registro identificando todos os idosos que vieram ao serviço para atendimento nos últimos três meses. A profissional localizará os prontuários destes

idosos e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho. Ao mesmo tempo, realizará o primeiro monitoramento, anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso e vacinas, exames multidisciplinar, necessidades de atendimento da saúde bucal, idosos com HAS E DM, entre outras.

O projeto de intervenção é sobre a saúde da pessoa idosa, para ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área de abrangência da unidade de saúde para 60%. O médico e a enfermeira da equipe farão revisão do caderno de cadastramento, assim como dos prontuários dos idosos da área abrangência para verificar a porcentagem de idosos atendidos no final de cada mês e as últimas sextas-feiras de todas as semanas na UBS. Terá capacitação dos profissionais da Unidade Básica de Saúde (UBS), principalmente dos agentes comunitários de saúde pelo médico, nas quartas-feiras, no local de reunião do conselho comunitário de saúde.

Para melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde. Iremos realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos participantes do projeto, utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde, durante os atendimentos a esses usuários de acordo com o protocolo adotado, com o material disponível na unidade; 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, com o material disponível na unidade; Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos, durante as consultas e visitas domiciliares realizados pela médica, sempre que necessário, de acordo com o protocolo adotado, estes exames serão realizados pelo SUS em um laboratório particular existente em nosso município ou em outros lugares a critério do usuário; Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos, durante as consultas e visitas domiciliares adequando a terapêutica dos usuários; Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área), através dos agentes comunitários de saúde, durante as visitas domiciliares; Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção, por ACS e pela equipe; Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), para evitar complicações decorrentes das referidas enfermidades e melhorar a qualidade de vida; Rastrear 100% dos idosos

com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM), para evitar complicações decorrentes das referidas enfermidades e melhorar a qualidade de vida; Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos para e prevenir doenças bucais.

Afim de melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso, a equipe fez contato com as lideranças das comunidades, solicitando apoio na divulgação do projeto e iremos Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas, através de visita domiciliar realizada pelos ACS, para evitar doenças próprias desta idade e melhorar qualidade de vida da pessoa e da família.

Para conseguirmos melhorar o registro das informações, a equipe manterá registro específico de 100% das pessoas idosas nas fichas espelho, prontuários e outros, o registro vai ser realizado por toda a equipe que também distribuirá a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados, durante as consultas, visitas domiciliares e atividades de grupo.

A equipe irá mapear os idosos de risco da área de abrangência. Será feito rastreamento de 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade, para evitar possíveis complicações próprias da idade, o mapeamento vai ser realizado por toda a equipe, em especial pelos ACS. Será investigada também a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas, para identificar possíveis doenças e ou complicações, a investigação vai ser realizada pela médica e pela enfermeira. Será também avaliada a rede social de 100% dos idosos, assim será possível identificar apoios para o cuidado com os idosos e assim melhorar a sua qualidade de vida.

Para a equipe promover a saúde dos idosos, todos irão garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas, que será realizado durante as atividades individuais e coletivas com o apoio da nutricionista e dos demais membros da equipe, a orientação será de forma permanente, sempre nos dias de reunião de equipe que acontece semanalmente e usaremos como apoio, panfletos explicativos, cartazes para posteriormente, fixar na UBS e protocolo do idoso. Será garantida orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos, que será realizado durante as atividades individuais e coletivas com o apoio do fisioterapeuta e dos demais membros da equipe, a orientação será de forma permanente. E serão garantidas orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene

de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados, que será realizado durante as atividades individuais e coletivas com o apoio da dentista e sua auxiliar além dos demais membros da equipe, a orientação será de forma permanente.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Desde o início, tínhamos como objetivo trabalhar com 60 % idosos em 16 semanas e logo foi feito em 12 semanas por a coordenação do curso, mas realizamos uma busca ativa em nossos arquivos e atingimos um público alvo de 175 idosos para um 60.4 %. No início, após a apresentação do projeto, alguns membros de nossa equipe disseram que muitas de essas ações não poderiam ser feitas, então falei que sim poderiam ser feitas, pois temos pessoal de muita experiência e muito qualificado na UBS, capazes de realizar qualquer tarefa e mais para melhorar a saúde dos idosos, que tanto precisam de um bom atendimento. Quedando isso demonstrado ao final já que obtivemos um resultado satisfatório.

O cadastramento dos idosos da UBS foi realizado pelas agentes comunitárias de saúde, as quais cadastraram toda a população idosa de nossa área. Foram preenchidos os livros de registros que foram utilizados durante as atividades programadas, reorganizamos a agenda médica, de enfermagem e odontológica, como também definimos os papéis dos profissionais da equipe, estabelecendo o papel de cada um na ação programática.

Para realizar a intervenção foram feitas reuniões mensais com a equipe, por isso foi possível capacitar 100% das integrantes da equipe, realizadas por diferentes profissionais dentro da equipe como a médica, a odontóloga a enfermeira e muitas vezes, esteve presente a gestora municipal de saúde, contou com a colaboração dos ACS e da auxiliar de saúde bucal (ASB), em esses encontros realizamos esclarecimento sobre o caderno de atenção básica e os diversos exames clínicos e laboratoriais a serem realizados e atualização do cartão de vacinação, foi discutido sobre a Política Nacional de Saúde do Idoso, apresentando nosso projeto de

intervenção à comunidade e esclarecendo a comunidade sobre a importância de continuar com esse trabalho depois com outros médicos.

No primeiro mês, foi feita uma reunião para apresentação do projeto e protocolo adotado e elaborou-se a estratégia de agendamentos. Em outra reunião, foi discutido os resultados alcançados, o agendamento das visitas domiciliares o porquê dos faltosos. No último mês, foi falado dos resultados finais da intervenção e do que precisa melhorar, assim como da importância na continuidade do projeto, as reuniões mensais permitiu ainda a aproximação dos trabalhadores, e o monitoramento da equipe quanto à adesão às orientações técnicas. Ao final da intervenção, todas as nossas ações foram realizadas minuciosamente, procurando oferecer suporte à qualidade de vida aos nossos usuários também constatou-se visível melhoria nos registros dos atendimentos dos idosos. Antes do estudo não havia uma ficha específica anexada ao prontuário e, sua implantação, sistematizou a coleta de informações e facilitou a visualização da história clínica do idoso ao longo do seu tratamento.

Através das intervenções pode-se contribuir para um processo de envelhecimento saudável e autônomo e ajudando a promover sua convivência familiar e comunitária, detectando assim, as potencialidades e capacidades para novos projetos de vida e desenvolvimento da autonomia social dos usuários.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Não foram feitas ações do atendimento de saúde bucal dos idosos como estavam previstas, que por pouco interesse deles, muitos não compareceram as consultas programadas apesar de que foi explicada em múltiplas ocasiões a importância das mesma.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Algumas dificuldades foram encontradas no preenchimento da planilha e no cálculo dos indicadores. No primeiro momento, tive dificuldades no preenchimento

da planilha de coleta de dados, mas minha orientadora me auxiliou e sanou as dúvidas.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

A implantação desse serviço na UBS permitiu tanto qualificar a saúde dos idosos, dar orientação de higiene, conhecer o perfil da população quanto orientar e poder acompanhar em longo prazo estes idosos. Partiu-se de um problema encontrado atualmente no município, que é um grande número de idosos não tinha um seguimento correto de sua doença e não se realizava as visitas domiciliares com a frequência requerida por este grupo etário, e acreditou-se que educação e prevenção em saúde bucal foi algo irrelevante para eles.

O trabalho pode seguir seu curso com sucesso se houver o interesse dos usuários, o comprometimento dos ACS, a disponibilização de recursos pelos gestores e o envolvimento e responsabilidade dos profissionais em desenvolver o trabalho proposto. Para que este envolvimento aconteça, é necessária discussão frequente em reuniões de equipe.

Para estimular a população na procura pelo atendimento, seguirá sendo disponibilizado o atendimento prioritário dos idosos. Acredito que antes da intervenção, as pessoas sentiam-se desestimuladas a procurar o atendimento por ter que aguardar um período longo para ser atendido e também por não ter um vínculo estabelecido com o profissional de saúde. Hoje, as pessoas estão esclarecidas e são convidadas a participar desse atendimento. O primeiro passo foi dado com o estudo, e os resultados são positivos.

Durante as consultas, visitas domiciliares, palestras, reuniões e intervenções, pode-se perceber o interesse dos nossos usuários e acompanhantes em participar do projeto, pois nunca haviam sido assistidos de uma maneira tão integral. Não esperava que este projeto fosse tão bem aceito pela comunidade e que houvesse o retorno de agradecimento de forma imediata pelos participantes.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Na área de abrangência da Unidade de Saúde de Arroio do Padre, segundo o SIAB, residem 288 idosos, que é número que está de acordo com a estimativa para área. Os resultados foram analisados a partir dos objetivos e metas propostas.

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

Meta 1- Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 60%

Indicador 1.1 Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde do município Arroio do Padre.

O resultado visualizado na Figura 1 demonstra a cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na Unidade de Saúde e mostra um aumento progressivo de idosos cadastrados no programa a cada mês que foi de 42 (14,6%), 91 (31,6%) e 175 (60,8%). Este resultado não superou a meta proposta para o programa que era uma cobertura de 80% de idosos em 16 semanas porque foi encurtado o tempo para 12 semanas e acreditamos que essa foi a causa de não alcançar a meta proposta.

Através de visitas realizadas pelos agentes comunitários de saúde observou-se que alguns dos idosos que não foram cadastrados não se mostraram interessados em participar do programa, pois usavam o plano de saúde particular. As ações feitas para realização do cadastro dos idosos foram a atualização da lista de idosos da unidade e os livros de registros das agentes comunitárias.

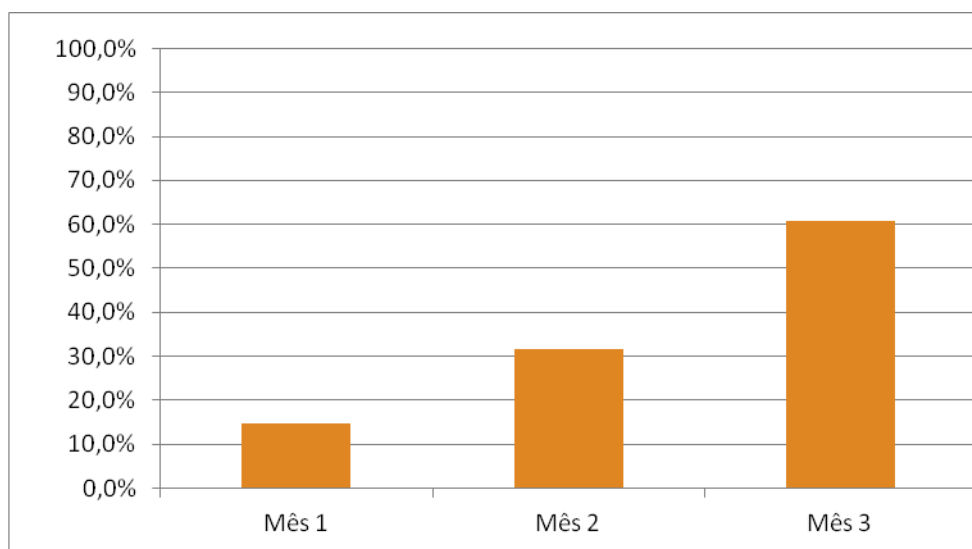


Figura 1 Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde. Fonte: Planilha de coleta de dados UFPel, 2015.

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

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

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

Descrição quantitativa:

Durante os meses de realização do projeto todos os 175 idosos cadastrados tiveram a avaliação multidimensional em dia, correspondendo a um total de 100%. Sendo que no 1º mês, atingiu 42 (100%), no segundo mês 91 (100%) e no terceiro mês 175 (100%).

Descrição qualitativa:

A avaliação Multidimensional Rápida baseia-se no funcionamento global do idoso e tem como objetivo principal a restauração ou preservação da qualidade de vida. Esta por sua vez depende diretamente da habilidade de manter-se independente e não simplesmente da ausência de doenças, nessa proporção, foi possível perceber as deficiências e reorganizar o planejamento da saúde para cada indivíduo.

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.

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

Descrição quantitativa:

A medida que foram transcorrendo as consultas, eram solicitados os exames clínicos de acordo com o caderno de atenção à saúde do idoso. Todos os 175 idosos cadastrados encontravam-se com exames clínicos em dia. Sendo que no 1º mês, atingiu 42 (100%), no segundo mês 91 (100%) e no terceiro mês 175 (100%).

Descrição qualitativa:

Um exame clínico apropriado é uma ação muito importante para à observação do andamento do estado de saúde dos idosos e assim o controle possa ser feito com maior certeza de estar atendendo corretamente a saúde nestas pessoas idosas. Toda equipe recebeu palestras para o esclarecimento sobre os diversos exames clínicos e laboratoriais que foram realizados.

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

Descrição quantitativa:

O número de idosos hipertensos e/ ou diabéticos na área cadastrados que foram integrados ao projeto de intervenção foi de 108 idosos, deles, 31 (100%) no primeiro mês, 61(100%) no segundo e 108 (100%) no terceiro.

Descrição qualitativa:

Esta ação foi realizada no intuito de acompanhar os idosos com diagnóstico de hipertensão e/ ou diabetes, assim como foram utilizados exames laboratoriais para acompanhamento e adequação das medicações, a importância da implementação é o seguimento destas dos patologias frequentes entre nossos idosos por manter hábitos de vida não saudável como uma dieta rica em gorduras, não praticar exercício físico, abundante sódio em sua dieta, entre outras que podem ser melhoradas com uma educação mantida a traves do ESF.

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

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

Descrição quantitativa:

Atingimos no 1º mês, 31 (73,8%), no segundo mês 61 (67%) e no terceiro mês 108 (61,7%) de idosos com prioridade de prescrição de medicamento da Farmácia popular, como mostra na Figura 2.

Descrição qualitativa:

A correta utilização dos medicamentos foi avaliada em cada consulta e visita domiciliar onde revisava a carteira de remédios controlados utilizados idosos e orientava sobre o melhor horário, isso de forma individual para cada idoso. A correta utilização dos medicamentos pelos idosos permite a cura de doenças ou controle delas, por isso esse tipo de intervenção se torna tão importante. Não foi atingido 100% neste indicador, por ter tido falta da medicação durante um período da intervenção.

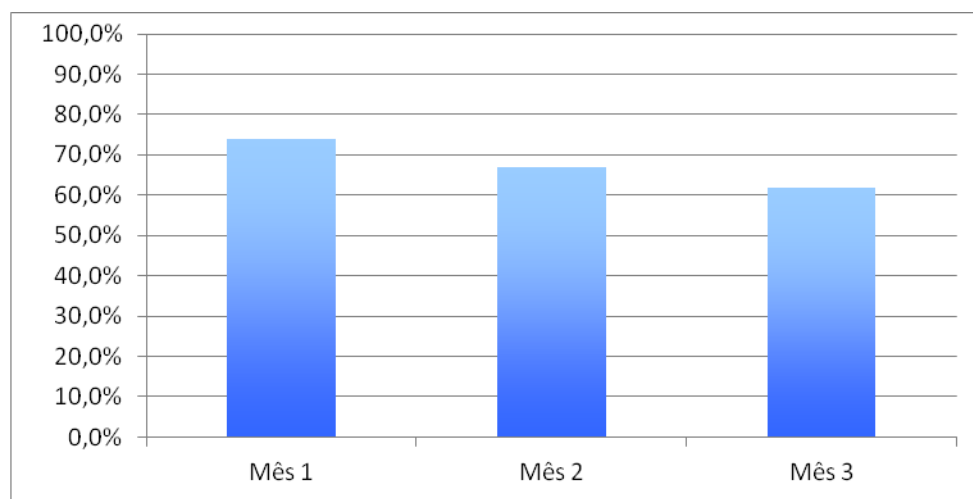


Figura 2- Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada. Fonte: Planilha de coleta de dados UFPel, 2015.

Meta 2.5- Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 60% dos idosos da área).

Indicador 2.5. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar

Descrição quantitativa:

Os idosos acamados e com problemas de locomoção foram cadastrados no programa. A intervenção tratou do aumento de cobertura de atendimento a idosos. Na área de minha equipe, estimou no princípio que tínhamos 23 idosos acamados ou com problemas de locomoção, mas, no primeiro mês de intervenção, cadastramos um total de 10 (100%) usuários, ao segundo mês o número era de 16 (100%) idosos cadastrados e no terceiro mês de intervenção o número alcançado era de 33 (100%) usuários idosos acamados o com problemas de locomoção.

Descrição qualitativa:

Outra meta que tínhamos estabelecido era o cadastro de 100% dos acamados ou com problemas de locomoção e para atingir esta meta realizamos algumas ações como cadastro de parte das ACS de todos os idosos acamados da área e foram realizadas as visitas domiciliares a cada um de esses usuários, por esta motivo tivemos um número de acamados cadastrados superior a estimativa, que era de 23 idosos e tivemos 33 idosos acamados na área.

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

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

Descrição quantitativa

Este indicador mostra a proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar. No primeiro mês foram cadastrados e visitados 10 idosos (100%), no segundo mês 16 (100%) e no terceiro mês foram 33(100%) que é o total de casos identificados na área.

Descrição qualitativa:

Todos os idosos acamados ou com problemas de locomoção foram visitados pela médica, enfermeira e agentes comunitários de saúde, totalizando 100% dos cadastrados no programa com esta característica. As visitas domiciliares passaram a ser incorporadas como rotina na UBS. Durante as visitas domiciliares, a ESF reparou na higiene e cuidado dos familiares para com o idoso acamado ou com problemas de locomoção, assim como, respeito aos idosos, identificados agressões

físicas ou verbais. Nesses casos foram tomadas as medidas cabíveis em todas as vivendas visitadas, foram realizadas conversas educativas.

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

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

Descrição quantitativa:

A verificação da pressão arterial na última consulta foi realizada para 100% dos idosos durante os três meses que durou a intervenção, ou seja, os 175 idosos. Sendo que no 1º mês atingiu 42 (100%), no segundo mês 91 (100%) e no terceiro mês 175 (100%).

Descrição qualitativa:

Durante os meses da intervenção, tanto nas visitas domiciliares quanto nas consultas médica, foi de muita importância a verificação da pressão arterial, observando-se que a pressão arterial tem implicação direta no diagnóstico correto e na introdução do tratamento da pressão arterial, por isso se torna tão importante a sua constante verificação. Utilizar esta prática durante as consultas médicas e visitas domiciliares possibilitaram um maior controle dos níveis pressóricos e a identificação de novos casos, sendo realizado ainda o rastreamento para hipertensos em indivíduos diabéticos rotineiramente.

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

Indicador 2.8. Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes

Descrição quantitativa:

Todos os idosos com pressão maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica foram rastreados para diabetes desde o início.

Sendo atingido no primeiro mês 31 (100%) dos idosos, no segundo mês 60 idosos (100%) e no terceiro Mês 108 (100%).

Descrição qualitativa:

Devido à idade avançada muitos idosos devem ser avaliados quanto ao risco para doenças crônicas, por isso é importante, quando o idoso tem hipertensão

arterial, fazer teste para diabetes e outras doenças crônicas. O número de idosos com doenças crônicas não transmissíveis é cada vez mais crescente, e introduzir ações que identifique quem são esses idosos, permite um maior controle e observação direta do seu estilo de vida.

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

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

Descrição quantitativa:

O percentual deste indicador se manteve constante em 100% e todos os idosos cadastrados foram avaliados quanto as necessidades de atendimento odontológico. Sendo que no 1º mês, atingiu-se 42 (100%), no segundo mês 91 (100%) e no terceiro mês 175 (100%).

Descrição qualitativa:

De muita importância para melhorar a qualidade de vida dos idosos quanto à saúde bucal, foi o trabalho da odontóloga de nossa ESF quem nos acompanhava nas visitas domiciliares e ajudou a avaliar as necessidades de atendimento odontológico dos idosos cadastrados.

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

Indicador 2.10. Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

Descrição quantitativa:

Apesar dos esforços realizados por todas as integrantes da equipe, temos que reconhecer que nem todos os idosos avaliados com necessidades de atendimento odontológico, realizaram consulta com a dentista. Desta forma, observamos na Figura 3 que durante os três meses 134 usuários consultaram com a dentista de um total de 175. Deles, no primeiro mês consultaram um total de 26 idosos (61,9 %), no segundo mês um total de 65 idosos (71,9%) e no terceiro mês 134 idosos (76,6%).

Descrição qualitativa:

De muita importância para melhorar a qualidade de vida dos idosos quanto a saúde bucal, foi o trabalho da odontóloga de nosso ESF quem nos acompanhava

nas visitas domiciliares e ajudou a avaliar. Apesar de todos os idosos terem sido avaliados quanto a suas necessidades de atendimento odontológico, não foi possível garantir que todos passassem em consulta programada, devido ao fato de que muitos deles tem prótese e não enxergam a necessidade de uma correta mastigação e adequada higiene bucal. Para garantir melhorar esse objetivo, iniciamos uma campanha educativa com todos os idosos que visitam a Unidade de saúde.

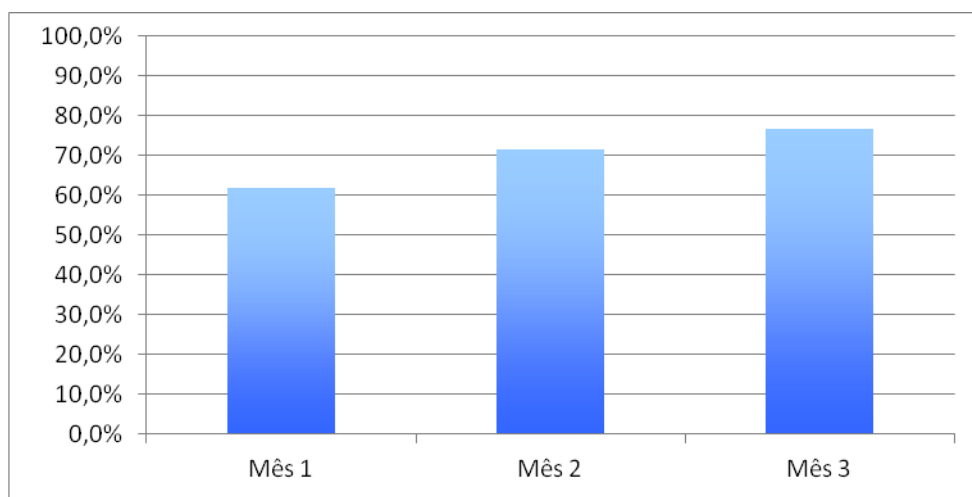


Figura 3- Proporção de primeira consulta odontológica programática. Fonte: Planilha de coleta de dados UFPel, 2015.

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

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

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

Descrição quantitativa:

Na área de abrangência o número de idosos faltosos às consultas aumentava proporcionalmente ao aumento dos cadastros, mas em 100% dos casos, foi realizada a busca ativa desses idosos, sendo feita em cada mês: No primeiro mês 12 (100%), no segundo mês 24 (100%) e no terceiro mês 52 (100%) faltosos receberam busca ativa.

Descrição qualitativa:

Além da realização de busca ativa, foram realizados novos agendamentos e montadas novas estratégias para a não repetição das faltas. Essas estratégias

foram o agendamento das consultas para o horário disponível dos idosos e convites feitos pela equipe de saúde para palestras.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

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

Descrição quantitativa:

Ao longo de três meses, todos os 175 idosos que foram cadastrados tiveram registros na ficha espelho, isso corresponde a 100% dos idosos cadastrados na abrangência da UBS, sendo que no 1º mês, atingiu 42 (100%), no segundo mês 91 (100%) e no terceiro mês 175 (100%).

Descrição qualitativa:

O registro nesta ficha visava o maior controle, por parte dos profissionais de saúde dos procedimentos que eram realizados nos idosos durante nossa intervenção e que de agora em diante serão utilizadas e atualizadas nas consultas. Foi realizada palestra para equipe da unidade de saúde sobre o preenchimento da ficha espelho. A adesão permitiu organização e monitoramento das informações.

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. Sendo que no 1º mês, atingiu 42 (100%), no segundo mês 91 (100%) e no terceiro mês 175 (100%).

Descrição quantitativa:

Foi garantido para 100% dos idosos a caderneta de saúde da pessoa idosa.

Descrição qualitativa:

Algumas dificuldades foram encontradas ao longo da implementação do cadastro, como por exemplo, a demora na obtenção das cadernetas da pessoa idosa que não foram entregues com rapidez pela secretaria de saúde do município. A intervenção visava o registro de todos os procedimentos realizados com os usuários, para o controle dos idosos e dos profissionais facilitando dessa forma o controle sobre a saúde dos idosos.

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

Descrição quantitativa:

A proporção de idosos com avaliações de risco para morbimortalidade realizadas nos idosos foi de 100% em cada mês, cumprindo assim as metas propostas para a intervenção, sendo que no 1º mês, atingiu 42 (100%), no segundo mês 91 (100%) e no terceiro mês 175 (100%).

Descrição qualitativa:

Esses dados indicam que os 175 idosos foram avaliados no período do programa. Esta ação permite conhecer os fatores de risco desses usuários minimizando surgimento de complicações.

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

Descrição quantitativa:

A proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia, foi de 100%. Sendo que no 1º mês, atingiu 42 (100%), no segundo mês 91 (100%) e no terceiro mês 175 (100%). Esses dados indicam que os 175 idosos foram avaliados no período da intervenção que foi de 12 semanas.

Descrição qualitativa:

Esta ação permite definir que o cuidado ao idoso que esteja na condição de fragilidade, pode ser potencializado com o envolvimento de uma equipe interdisciplinar, que deve estar orientada para identificar e intervir nos problemas de saúde desta etapa da vida. Este trabalho interdisciplinar permite não apenas atuar na reabilitação, também na promoção e educação em saúde, de forma a contribuir para a melhora das condições de saúde do idoso e seus familiares.

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

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

Descrição quantitativa:

Os 175 idosos cadastrados tiveram avaliação das suas redes sociais em dia para um 100% das metas cumpridas, sendo que no 1º mês, atingiu 42 (100%), no segundo mês 91 (100%) e no terceiro mês 175 (100%).

Descrição qualitativa:

O reconhecimento das redes sociais dos idosos foi uma ação que visava conhecer os sujeitos que participavam do cotidiano de vida dos mesmos. A principal forma de avaliação foi durante as visitas domiciliares, onde nos deparamos com situações de abandono, desamor e pouca higiene, mas também com história de carinho, respeito e cuidado para com os idosos.

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

Descrição quantitativa:

Ao longo dos três meses de intervenção todos os idosos acompanhados receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável, sendo que no primeiro mês, 42(100%) idosos foram acompanhados, no segundo 91(100%) e no terceiro mês 175 idosos foram acompanhados, 100% dos cadastrados no programa.

Descrição qualitativa:

Esta ação visava o controle do peso e dos níveis glicêmicos e lipídicos dos idosos, adotando uma dieta que promova bem estar e melhorar o hábito alimentar introduzindo alimentos saudáveis na alimentação. As ações realizadas pelos profissionais da unidade foram palestras educativas com os nossos idosos, com o objetivo de incentivar esses sujeitos a participarem do programa para que vissem a importância de serem acompanhados com mais frequência, enfatizar a importância do controle da pressão arterial, controle do diabetes, alimentação saudável.

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

Descrição quantitativa:

A orientação a idosos sobre a prática de atividade física regular atingiu um total de 100% em todos os três meses, sendo que no primeiro mês acompanhamos um total de 42(100%) hipertensos, no segundo mês 91 (100%), no terceiro mês 175 para ter o total de 100% de idosos com as orientações recebidas.

Descrição qualitativa:

A orientação para realização de atividade física foi realizada de forma individual em consultas e visitas de família a todos os idosos, enfatizando a importância de realizar atividades físicas diariamente e a prática de exercícios físicos. Estas orientações foram dadas pela fisioterapeuta da UBS como mostra da integralidade do projeto.

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

Descrição quantitativa:

Quanto a proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal em dia, no primeiro mês de intervenção de um total de 42 (100%) idosos acompanhados receberam as orientações, no segundo mês dos 91(100%) e no terceiro mês os 175 (100%) idosos acompanhados com orientação sobre higiene bucal em dia.

Descrição qualitativa:

Durante as consultas médicas e através de palestra, foi falado sobre a importância de uma correta saúde bucal, onde se enfatizou também sobre a correta mastigação dos alimentos para uma adequada digestão. Muito interessante foi descobrir que a grande maioria dos idosos usa próteses dentárias e muitos não realiza um correto cuidado, nem de suas bocas.

Como já foi descrito, de vital importância foi a cooperação das 6 agentes comunitárias de saúde, da enfermeira, a auxiliar de enfermagem, a dentista e da gestora municipal de saúde. Graças a esse apoio as expectativas foram alcançadas e até superadas, com resultados acima do esperado. Com exceção das

relacionadas à saúde bucal, cuja justificativa foi colocada anteriormente. Isso se deve ao entrosamento entre a equipe com o desenvolvimento de ações voltadas para organização da assistência à saúde, como realização de palestras para os idosos e familiares que convive com eles, distribuição da caderneta de saúde do idoso, visitas domiciliares, consultas médicas com mais informações sobre o cuidado dos idosos e medidas preventivas, melhorando desta maneira, a qualidade de vida de muitos deles que agradecem com palavras pelo trabalho da Equipe de Saúde a cada dia.

4.2 Discussão

Com a realização da intervenção conseguimos alcançar uma cobertura no programa de atenção à saúde do Idoso 60,8%. Tivemos também, resultados significativos com as ações de Avaliação multidimensional, atendimento clínico, exames clínicos e laboratoriais atualizados e foi garantida prescrição de medicação, da farmácia popular como prioridade, rastreamento de hipertensos para diabetes mellitus e idosos com caderneta da pessoa idosa.

Para levar adiante nossa Intervenção foi preciso a capacitação de toda a equipe de trabalho, desde os Agentes Comunitários de Saúde passando pela técnica em enfermagem, a enfermeira até um médico, o qual facilitou definir as linhas de trabalho de cada membro, como a localização de cada idoso e suas buscas em caso de faltar às consultas programadas. Com este trabalho, obtivemos resultados significativos para o serviço, mostrando que a equipe estava bem articulada. Para a realização das ações, a enfermeira e agentes comunitários se mostraram atuantes, demonstrando que o trabalho em equipe alcança bons resultados permitindo a equipe realizar novas intervenções em nossa comunidade. As ações relacionadas à saúde bucal foram feitas através de orientações durante as consultas médicas e durante uma palestra onde foram distribuídos produtos de saúde bucal, como escovas e cremes dentais, querendo destacar que esse tema poderia ter sido mais bem explorado com a realização contínua de acompanhamento dos idosos. A realização das visitas domiciliares possibilitou o conhecimento da realidade de vida dos idosos da área. Durante a realização das visitas domiciliares foi possível fazer algumas observações como o trato dos

familiares, vizinhos e amigos que fazem parte da vida dos idosos. Permitiram analisar e orientar quanto ao cuidado, principalmente quando estes estão totalmente dependentes de seus cuidadores e desta maneira, evoluímos na rede social com os idosos.

Podemos destacar que tivemos resultados positivos também para a comunidade com relação da intervenção, pois depois de realizar a intervenção, possibilitou conhecer melhor a população estudada, dando condições de identificar a necessidade de uma maior articulação com a comunidade, sendo feito desde o início do trabalho, para explicar os critérios para priorização da atenção e discutir a melhor maneira de programar as ações.

Após analisar os resultados e ter feito monitoramento das ações, concluímos que seria necessário mudar algumas estratégias para alteração de resultados. Pois, percebemos que seria necessário estimular as ACS desde o início a identificar a população alvo, permitindo trabalhar com número real de idosos da área e não com as estimadas. Também buscaria desde o início do trabalho maior apoio dos líderes comunitários.

Todas as intervenções realizadas durante o programa se mostraram fáceis de serem incorporadas à rotina do serviço, pois são medidas de execução simples e que podem ser adotados com a utilização de poucos recursos. Ademais os resultados obtidos foram satisfatórios e permitiram organizar os registros assim como acompanhar o estado de saúde dos idosos.

Muitas outras ações devem ser realizadas na busca pela melhoria da atenção de toda a população, como podem ser a introdução de um programa de educação em saúde permanente, para os profissionais da Unidade de Saúde, extensão do cadastro para outros grupos sociais, continuar as visitas domiciliares programadas em conjunto com as Agentes Comunitárias. Também iremos organizar outras ações programáticas na unidade como exemplo a saúde da criança.

5 Relatório da intervenção para gestores

A intervenção realizada na unidade básica de saúde Arroio do Padre, localizada no município, através do projeto desenvolvido pela equipe, tem o objetivo de melhorar a Atenção aos Idosos na UBS de Arroio do Padre. Atingimos resultados consideráveis ao longo da intervenção no período de 12 semanas, como parte dos requisitos da Especialização em Saúde da Família da UFPEL. Neste período foram cadastrados no programa de saúde 175 idosos, o que representa uma cobertura de 60,2%, sendo 33 idosos acamados. Assim como a cobertura de idosos residentes de 175 (60,8%); fizemos avaliação multidimensional rápida em 175 (100%); também conseguimos atingir 175 (100%) dos idosos com exame clínico apropriado em dia, assim como 108 (100%) de idosos hipertensos e/ou diabéticos que tiveram solicitação de exames complementares; e 108 (61,7%) de idosos com prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada. Outro benefício, foi o cadastro de 33 (100%) dos idosos acamados ou com problema de locomoção cadastrados, sendo que todos eles passaram a ser acompanhados em casa, por visita domiciliar. Identificamos também que tivemos 175 (100%) de idosos com verificação de pressão arterial na última consulta; também conseguimos realizar rastreamento para diabetes de 108 (100%) idosos hipertensos. Outro benefício muito importante, foi atingir 175 (100%) dos idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, porém, passaram em primeira consulta odontológica programada 134 (76,6%). De todos os idosos que faltaram às consultas, foram realizadas busca ativa, tendo atingido 52 idosos (100%) faltoso com busca ativa. Fizemos também registro do atendimento de todos os idosos 175 (100%) na ficha espelho, assim como todos receberam caderneta de saúde; e todos também passaram por avaliação para morbimortalidade em dia 175 (100%) e todos receberam avaliação para fragilização na velhice em dia 175 (100%), com avaliação de rede social em dia

e receberam orientações nutricionais para hábitos saudáveis, prática de atividade física regular e cuidados de saúde bucal.

Existiram problemas com o complemento dos objetivos esperados em relação à saúde bucal que não foram atingidos, como a ampliação da cobertura de primeira consulta odontológica, realização de visita domiciliar odontológica aos idosos acamados ou com dificuldade de locomoção, conclusão do tratamento odontológico, avaliação das alterações de mucosa bucal, necessidade de prótese dentária e avaliação de risco em saúde bucal dos idosos. Por este motivo, solicitamos o apoio da gestão para interceder junto a equipe de saúde bucal, para que possamos atingir as metas esperadas.

O bom impacto que as intervenções causaram foi percebido pela população de forma positiva, pois os idosos, principalmente aos que tem problemas de locomoção e os acamados, se sentiram realmente assistidos com a atenção a saúde que foi prestada com qualidade e de forma quanto nas consultas, visitas domiciliares, palestras e reuniões. Pôde-se constatar o interesse e atenção dos idosos e familiares em participar do programa. A dificuldade com a distribuição das cadernetas e a ficha espelho, ocorrida no início das intervenções fez com que os gestores e a equipe ficassem mais ligados no intuito de solucionar este problema.

A análise da intervenção demonstrou que ações simples incorporadas à rotina fazem com que tenhamos um acompanhamento de qualidade e regular de nossa população.

Para consolidação desta intervenção, necessitamos do fortalecimento do apoio da gestão, pois estamos certos de que proporcionaremos mais agilidade no enfrentamento desses problemas e continuaremos prestando assistência à saúde de qualidade à toda população, por isso, agradecemos a cooperação e envolvimento dos gestores, que foram peças fundamentais para bom desenvolvimento das intervenções desenvolvidas.

Muito satisfeita com a participação de toda equipe no programa e o ressurgimento do grupo Conviver que dá mais vida a este projeto, mostrando a importância do trabalho de toda a ESF quando está integrado e trabalha unido.

A intervenção já se encontra incorporada na rotina do trabalho, sendo que a equipe está discutindo a possibilidade de ampliar a qualificação dos atendimentos dos outros grupos prioritários.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Através do Programa da atenção básica Mais Médicos para o Brasil, tenho a oportunidade de trabalhar no município Arroio do Padre, onde atendo uma população rural de 2876 habitantes. Destes, 288 são usuários de 60 anos e/ou mais, sendo realizada a intervenção na área de abrangência dessa UBS de Arroio do Padre. Estas ações proporcionaram aos idosos a possibilidade de um processo de envelhecimento mais ativo e saudável, com desenvolvimento de uma assistência de qualidade que procurou estar mais próxima dos idosos. Inicialmente tínhamos como principais objetivos aumentar a cobertura de acompanhamento dos idosos, com sua adesão ao programa de atenção à saúde e mapeamento dos idosos de risco, também de promover da saúde.

Com a intervenção, atingimos a cobertura de idosos residentes de 175 (60,8%); fizemos avaliação multidimensional rápida em 175 (100%); também conseguimos atingir 175 (100%) dos idosos com exame clínico apropriado em dia, assim como 108 (100%) de idosos hipertensos e/ou diabéticos que tiveram solicitação de exames complementares; e 108 (61,7%) de idosos com prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada. Outro benefício, foi o cadastro de 33 (100%) dos idosos acamados ou com problema de locomoção cadastrados, sendo que todos eles passaram a ser acompanhados em casa, por visita domiciliar. Identificamos também que tivemos 175 (100%) de idosos com verificação de pressão arterial na última consulta; também atingimos realizar rastreamento de 108 (100%) de idosos hipertensos com rastreamento para diabetes. Outro benefício muito importante, foi atingir 175 (100%) dos idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, porém, passaram em primeira consulta odontológica programada 134 (76,6%); Todos os idosos que faltaram às consultas, foram realizadas busca ativa, tendo atingido 52 idosos (100%) faltoso com busca ativa.

Fizemos também registro do atendimento de todos os idosos 175 (100%) na ficha espelho, assim como todos receberam caderneta de saúde; e todos também passaram por avaliação para morbimortalidade em dia 175 (100%) e todos receberam avaliação para fragilização na velhice em dia 175 (100%), com avaliação de rede social em dia e receberam orientações nutricionais para hábitos saudáveis, prática de atividade física regular e cuidados de saúde bucal.

Durante o programa foram preenchidas a ficha espelho dos idosos e realizados os cadastros, entrega das cadernetas de saúde que seriam utilizadas na UBS para que possa ser consultada pelos profissionais da saúde sempre que necessário, também foram confeccionados os Livros de registros para registro de todas as atividades realizadas. As visitas domiciliares ofereceram uma maior proximidade com a realidade dos idosos da área. Nesta ocasião foram feitas orientações aos idosos e seus familiares quanto aos cuidados gerais, abordagem da importância de um ótimo relacionamento que envolva o idoso no convívio familiar e incentivando a participação das famílias em nossas reuniões e palestras, assim como garantimos incorporar um maior número deles e elas ao grupo da terceira idade de nome Conviver que funciona em nosso município.

O desenvolvimento de palestras permitiu falar de diferentes temas como hábitos de alimentação saudável e a prática de exercícios físicos regularmente, de acordo com o condicionamento físico da pessoa. A população teve acesso a medicações e solicitação de exames laboratoriais durante as consultas médicas, além de serem feitas avaliações sobre o estado geral dos usuários e acompanhamento daqueles que apresentavam alguma doença.

Ao logo desses meses de projeto o resultado das ações desempenhadas foi bastante satisfatório, pois as metas foram alcançadas e a população teve mais acesso aos serviços de saúde desenvolvidos na unidade de saúde o que permite maior aproximação entre a população e os profissionais da UBS.

Importante destacar que esse programa será incorporado à rotina da unidade básica de saúde para que possa existir uma continuidade ao cuidado prestado aos idosos já que a população teve grandes benefícios com a introdução deste programa e espero que os idosos e familiares continuem comparecendo as atividades na Unidade Básica de Saúde. Reforçamos que para continuidade de bons resultados, a equipe necessita do apoio da comunidade para desenvolvimento das ações.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Durante o curso de Especialização em Saúde da Família pela Universidade federal de Pelotas, tive a oportunidade de ampliar meus conhecimentos sobre a rede básica de saúde, aprender a lidar com as dificuldades existentes com o idioma, trabalhar com uma comunidade rural que tem uma cultura diferente, não foi um grave problema, pouco a pouco pude superá-las e comecei com a ajuda de todas as integrantes da ESF a incentivar a população a participar das atividades desempenhadas pela unidade de saúde.

Com o conhecimento adquirido com os cadernos de atenção básica e fundamentalmente com Política Nacional de Saúde do Idoso, foi muito mais fácil compreender e realizar as atividades com esse grupo que foi selecionado para nosso trabalho, entre outras atividades foram realizadas reuniões com a ESF e a população para exposição dos direitos dos idosos e como deve ser realizada a assistência do grupo conviver. Este curso, além de me proporcionar informações teórica e prática, possibilitou uma reflexão pessoal e crítica da aplicação de novas ações voltadas para melhoria da atenção à saúde no serviço, além de aumentar os conhecimentos em geriatria. O empenho e dedicação com trabalho desenvolvido contribuíram para que os resultados esperados com o programa fossem conquistados.

Por fim, considero o resultado deste curso positivo para minha formação, e até por vezes, superando minhas expectativas, confesso que algumas vezes, pensei não conseguir desenvolver algumas ações, mas através dos estudos, apoio da equipe, gestão e comunidade isso foi possível. O aprendizado foi enorme e o que

me deixa mais feliz é que com certeza, pude contribuir com a melhoria, na qualidade de vida dos Idosos e seus familiares.

Referências

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília, 2010.

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, 2007. 192 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; n. 19).

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

