

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma nº 7**



Trabalho de Conclusão de Curso

**MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DOS IDOSOS NA UBS CAIÇARA, MATIAS
OLIMPIO-PI**

Idalys de Armas Romero

Pelotas, 2015

Idalys de Armas Romero

**MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DOS IDOSOS NA UBS CAIÇARA, MATIAS
OLIMPIO-PI**

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.

Orientadora: Estela Maris Rossato.

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

R763m Romero, Idalys de Armas

Melhoria da Atenção à Saúde dos Idosos na UBS Caiçara, Matias Olimpio-PI / Idalys de Armas Romero; Estela Maris Rossato, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

85 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. Rossato, Estela Maris, orient.
II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico esta vitória á minha amada família,
pelo sua compreensão, esforço incondicional
e por ser parte fundamental desta conquista.

Agradecimentos

- ❖ Primeiramente agradeço a Deus pela dádiva da vida
- ❖ A minha orientadora e amiga Estela Maris, pela decisiva colaboração, minha gratidão.
- ❖ A minha filha Brenda, o meu carinho, pelo valioso incentivo no desenvolvimento do trabalho.
- ❖ O meu reconhecimento a Equipe de saúde da família, pelo apoio prestado.
- ❖ Aos líderes comunitários da área de Caiçara pela compreensão, a ajuda e o carinho demonstrado durante a investigação.

"Você tem que ser o espelho da mudança que está propondo.
Se eu quero mudar, tenho que começar por mim"..

Mahatma Gandhi

Resumo

ROMERO, Idalys de Armas. **MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DOS IDOSOS NA UBS CAIÇARA, MATIAS OLÍMPIO-PI.** 2015. 84 folhas. 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.

Realizou-se uma intervenção em saúde cujo objetivo foi melhorar a atenção à saúde dos idosos, na Unidade Básica de Saúde Caiçara, Matias Olímpio, no período de doze semanas. A funcionalidade do idoso deve completar-se no marco de uma definição de saúde que considere o bem estar do ser humano desde o ponto de vista físico-biológico, psicológico, social e espiritual, adequando seus déficits às novas realidades, mantendo-os socialmente ativos e dentro do contexto familiar. Pretendeu-se realizar uma avaliação multidimensional rápida a população alvo da área de abrangência, cadastrar os portadores de diabetes mellitus e hipertensão arterial, determinar os acamados ou com problemas de locomoção e constatar a realização de atividades de educação para a saúde. Foram desenvolvidas ações de monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. A população alvo foi constituída por 163 usuários da UBS com idade acima de 60 anos residentes na área de abrangência da UBS. Para realizar a intervenção utilizamos o Caderno de Atenção Básica nº 16 e os instrumentos da avaliação de saúde dos idosos aprovados pelo Ministério da Saúde com avaliação integral pela equipe multiprofissional. Também foi utilizada a planilha de coleta de dados e a ficha espelho onde se recolheu dados pessoais, antecedentes de doenças crônicas e o critério da avaliação multidimensional rápida dos idosos. Os resultados se compararam com a bibliografia revisada coletada e consolidada em uma planilha de coleta dados do Curso de Especialização. Ao final da intervenção, atingimos a meta de 91,4% de idosos cadastrados (149 pessoas da faixa etária com idade acima de 60 anos), cadastrando 93 idosos portadores de doenças crônicas não transmissíveis, 24 acamados ou com problemas para se locomover e visitaram-se 12 usuários faltosos as consultas programadas. Além disso, os 149 idosos concluíram a intervenção com exame clínico ao dia e avaliação multidimensional rápida realizada em conjunto com a equipe multiprofissional. Também receberam atenção odontológica continuada. Visando obter melhora na qualidade de vida, se ofereceu orientação nutricional para hábitos saudáveis e orientação sobre a prática de atividade física regular. Com base nos dados observados em nosso trabalho sugerem-se estratégias de intervenção encaminhadas a modificar modos e estilos de vida na velhice, que se traduz na melhora da qualidade de vida e à promoção do envelhecimento saudável.

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

Lista de Figuras

| | | |
|----------|---|----|
| Figura 1 | Gráfico. Cobertura de programa de atenção à saúde do idoso na UBS Caiçara, Matias Olímpio PI, 2015 | 47 |
| Figura 2 | Gráfico. Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada na UBS Caiçara, Matias Olímpio PI, 2015. | 49 |
| Figura 3 | Gráfico. Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia na UBS Caiçara, Matias Olímpio PI, 2015 | 55 |

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos.

| | |
|----------|--|
| APS | Atenção Primária de Saúde |
| ACS | Agente Comunitário da Saúde |
| CAP | Caderno de Ações Programáticas |
| CRAS | Centro de Referência de Assistência Social |
| CLS | Conselho Local de Saúde |
| DM | Diabetes Mellitus |
| ESF | Estratégia da Saúde da Família |
| EaD | Educação a Distância |
| EACS | Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde |
| ECG | Eletrocardiograma |
| HAS | Hipertensão Arterial Sistêmica |
| HIPERDIA | Hipertensão/Diabetes |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas |
| NASF | Núcleo de Apoio na Saúde Familiar |
| PI | Piauí |
| PA | Pressão Arterial |
| SIAB | Sistema de Informação da Atenção Básica |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UFPel | Universidade Federal de Pelotas |
| UNASUS | Universidade Aberta do SUS |
| USG | Ultrassonografia |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |

Sumário

| | |
|--|----|
| Apresentação | 9 |
| 1 Análise Situacional | 10 |
| 1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS | 10 |
| 1.2 Relatório da Análise Situacional | 13 |
| 1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional..... | 22 |
| 2 Análise Estratégica | 23 |
| 2.1 Justificativa | 24 |
| 2.2 Objetivos e metas | 25 |
| 2.2.1 Objetivo geral | 25 |
| 2.2.2 Objetivos específicos e metas | 25 |
| 2.3 Metodologia | 27 |
| 2.3.1 Detalhamento das ações | 27 |
| 2.3.2 Indicadores | 31 |
| 2.3.3 Logística | 36 |
| 2.3.4 Cronograma..... | 40 |
| 3 Relatório da Intervenção..... | 41 |
| 3.1 Ações previstas e desenvolvidas..... | 41 |
| 3.2 Ações previstas e não desenvolvidas..... | 44 |
| 3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados..... | 45 |
| 3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços | 45 |
| 4 Avaliação da intervenção..... | 47 |
| 4.1 Resultados..... | 47 |
| 4.2 Discussão | 58 |
| 5 Relatório da intervenção para gestores | 62 |
| 6 Relatório da Intervenção para a comunidade | 64 |
| 7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem..... | 66 |
| Referências | 68 |
| Apêndices..... | 69 |
| Anexos..... | 79 |

Apresentação

O trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade de ensino à distância (EaD) promovido pela Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS (UFPel/UNASUS) foi realizado com o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos idosos no âmbito da atenção básica na UBS Caiçara. O volume está organizado em unidades de trabalho, que são: análise situacional, análise estratégia, relatório de intervenção e avaliação da intervenção e a reflexão crítica. Na primeira parte fizemos uma análise da situação inicial da UBS, um relatório de análise situacional e um texto comparativo entre a análise inicial e o relatório final. Na segunda parte escolhemos um foco para a intervenção, e a partir da sua definição elaboramos o projeto de atividade. Na terceira parte criou-se um relatório de toda a intervenção realizada. Na quarta parte avaliamos o que conseguimos realizar com o processo de intervenção e o que foi realizado parcialmente ou não foi possível ser realizado. Por fim, fizemos uma reflexão crítica de todo o processo, analisando seus pontos positivos e negativos. Nos apêndices apresentamos os registros fotográficos da intervenção, e nos anexos os instrumentos utilizados para a coleta e análise dos dados. A intervenção teve seu início em 22 de Janeiro de 2015 e sua finalização ocorreu em 26 de Abril de 2015.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A ESF é um projeto dinamizador do SUS. A consolidação dessa estratégia precisa, entretanto, ser sustentada por um processo que permita a real substituição da rede básica de serviços tradicionais no âmbito dos municípios e pela capacidade de produção de resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida (BRASIL, 2006)

O trabalho de equipes da Saúde da Família é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e desses com o saber popular do Agente Comunitário de Saúde (ACS). Nossa equipe está composta, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e cinco ACS. Também um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental.

A equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de 1632 habitantes (497 famílias) e estas passam a ter co-responsabilidade no cuidado à saúde. A atuação da equipe ocorre principalmente na unidade básica de saúde (UBS), nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se: como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde; por ter território definido, com uma população delimitada, sob a sua responsabilidade; por intervir sobre os fatores de risco dos quais a comunidade está exposta; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade; por realizar atividades de educação e promoção da saúde.

A Estratégia dos agentes comunitários de saúde (ACS) é hoje considerada parte da Saúde da Família. As ações dos ACS são acompanhadas e orientadas pela equipe de saúde.

O Programa Mais Médico para Brasil deu-me a possibilidade de trabalhar neste país irmão, encontro-me localizada no nordeste do país, estado do Piauí, município Matias Olímpio, com um baixo índice de desenvolvimento, onde a atenção a saúde da família estava muito deficiente e as equipes careciam de médicos. O município divide a população em quatro áreas: três rurais e uma urbana. Além disso, há um hospital estadual com gestão municipal para o atendimento de urgências (neste momento carente de infraestrutura), e os casos que precisam ser avaliados por outros especialistas são encaminhados ao hospital regional de Esperantina sem contar com retornos garantidos. Contamos com um prédio onde fica a Secretaria de Saúde e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (andar superior: consultório de psiquiatra, consulta da psicóloga, consulta de fisioterapeuta e educador física, consulta de fonoaudiologia, sala de farmácia básica, sala de marcação de consultas e realização de cartão do SUS; andar inferior: tem um centro de processamento de dados, sala de reuniões, sala do secretário e do coordenador da ESF, e uma sala de agentes de vigilância epidemiológica).

Os usuários precisam ser constantemente orientados para a busca de sua autonomia, sobre sua saúde, pois para elaborar uma análise situacional, precisamos da participação comunitária. O acolhimento é fundamental, a comunidade tem que compreender a necessidade do trabalho em conjunto, e orientados pelos gestores de saúde, pretende-se desenvolver ações em busca de estratégias que deem resposta aos problemas e dificuldades por ordem de prioridade, com um enfoque integral (enfoque biológico, psicológico e sócio/ambiental-clínico epidemiológico).

Como dificuldade nesta etapa, citamos a resistência a mudanças, já que nas reuniões mensais os integrantes da equipe (enfermeira, técnica de enfermagem ACS e o dentista) referiam múltiplos obstáculos subjetivos. Dentre eles, o tempo que levava realizando só consultas utilizando o método assistencial sem empregar o método clínico. Também a não permanência do médico na equipe de saúde levou a limitar os horários e o planejamento dos atendimentos que eram efetuados duas vezes na semana em horário da manhã com sobrecarga da consulta e perda na qualidade do atendimento. As atividades de promoção de saúde nas micro-áreas e escolas não entravam no cronograma de trabalho. Além disto, se trabalhava com um

número limitado de hipertensos, diabéticos, idosos, grávidas e lactantes, sem ter em conta a avaliação de usuários com fatores de risco, problemas higiênicos, ambientais ou sociais. Outro elemento necessário a se resgatar é o atendimento as famílias como célula chave da comunidade.

Conhecida e classificada a população, tem-se organizado o trabalho para planejar os atendimentos, procurando sair do esquematismo de trabalho. Outra mudança foi com respeito ao planejamento das atividades na UBS diariamente (a UBS de Caiçara, localizada no interior do município foi restruturada, graças à vontade política do país, onde o governo priorizou monetariamente a construção da UBS com equipamento novo, incluído, um cartaz de identificação com o nome muito atraente e bem desenhado na frente da Unidade), anteriormente só era utilizada para os atendimentos uma vez por semana.

A UBS conta com uma sala de espera aos usuários para ser acolhidos, uma recepção, onde fica um armário com os prontuários de todos os usuários por ACS, e a técnica de enfermagem classifica os atendimentos e agenda os retornos. Na direita encontra-se a sala de consulta do médico, climatizada, com uma mesa para consulta e duas cadeiras, uma lâmpada, lixo, maca auxiliar e banheiro. Seguindo tem uma sala de nebulização, uma sala de vacinas, na esquerda encontram-se os três banheiros dos usuários (tem banheiro para limitados físicos), o consultório da enfermagem e a sala da citologia com cama ginecológica, lâmpada, vitrina e mesa auxiliar. Continua-se uma sala de reuniões (muito importante para que as decisões da equipe possam ser analisadas, discutidas e avaliadas aqui). Também tem uma farmácia pequena a qual é administrada pela secretaria de saúde e se oferecem os medicamentos de graça aos usuários atendidos por nossa equipe. Segue o consultório do dentista com equipamento completo, novo e funcional; contamos com uma sala de copa com forno, geladeira, e ferramentas necessárias para autoconsumo. “Um verdadeiro micro hospital do interior’.

Tendo presente as estratégias de trabalho encaminhadas a resgatar a função de promoção e prevenção na área, desenhou-se um cronograma onde se teve em conta as opiniões da equipe sem deixar de realizar todas as atividades. Incluiu-se, também, as visitas a todas as famílias, a identificação dos fatores de riscos e a detecção da incidência de novos doentes, com o emprego de diversas técnicas de participação comunitária, e a conscientização da realização de exames para a prevenção do câncer de mama, colo uterino, pele, boca e próstata.

Para organizar e planejar o trabalho realiza-se uma reunião de produção, onde se discutem as necessidades e se planeja as atividades do próximo mês. Toda segunda feira realiza-se consulta de demanda espontânea e visitas domiciliares alternado de 15 em 15 dias exame de prevenção com exame de mama.

Nas terças feiras se realizam consultas de puericultura de 0-18 anos, na UBS a equipe de saúde oferece atendimento de puericultura para todos os grupos etários, menores de um ano até 72 meses, com uma frequência semanal. O acompanhamento programado da criança está bem estabelecido pelas indicações do Ministério de Saúde no Brasil (BRASIL, 2012 a) alternando de 15 em 15 dias com consultas de Hiperdia, e outras doenças crônicas que tem em consideração a distância da UBS e se planejam na área.

Quarta feira é realizada consultas de pré-natal e planejamento familiar; as quintas feiras atendimentos a idosos e alternamos com visitas domiciliares tendo em conta as necessidades de cada micro-área e realizamos atividades educativas com o emprego das diferentes técnicas de participação comunitária pelos grupos da população, tendo em conta as incidências mais frequentes; na ultima quinta feira do mês, realiza-se a reunião da equipe, a qual sempre termina com uma pequena atividade cultural com o objetivo de estreitar os laços de equipe no trabalho; sexta feira se realiza demanda espontânea e tarde docente.

Embora falte muito por fazer, a equipe se mostra muito entusiasta na realização destas transformações, pois está claro que para realizar um bom trabalho é necessário ter fortalecido o vínculo estreito entre o médico e o usuário.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Os primeiros habitantes de Matias Olímpio, antigo arraial do Saco, foram, por volta de 1900, os descendentes de cearenses e mestiços. No período de 1910 a 1924, surgiram os pioneiros do comércio e da indústria, destacando-se o comerciante Moisés de Lima Percy, que instalou uma fábrica de beneficiamento de arroz e algodão.

No governo de Matias Olímpio de Melo, em 1925, o arraial do Saco elevou-se à categoria de povoado, com a denominação de Matias Olímpio, em homenagem

ao Governador. Na oportunidade, houve a criação da Agência da Prefeitura, da Agência Estadual e da Subdelegacia de Polícia, subordinadas ao Município de Luzilândia. E, no ano de 1953, Matias Olímpio passou à categoria de Município.

Com uma área territorial de 226.374km², Matias Olímpio conta com uma população estimada em 2014 de 10.693 habitantes (IBGE, 2010). Desse total 50,77% da população são do sexo masculino e 49,23% do sexo feminino, mais da metade da população reside na zona rural do município; no entanto ainda possui muitas áreas despovoadas. O clima caracteriza-se por possuir duas grandes estações: a chuvosa e a seca. A atividade econômica mais importante é a agricultura e a atividade comercial.

A cidade não possui um nível avançado de urbanização. As ruas não são pavimentadas com asfalto, mas com pedras. Mais de 90% da população é católica (IBGE, 2010). O principal acesso ao município se dá pela rodoviária que une o município com Campo Largo e Luzilândia. Três empresas de ônibus ligam a cidade a capital por rotas diferentes, porém considere-se uma área carente de infraestrutura, com projeções de melhoras futuras, mas com avanços pouco significativos de maneira global.

A saúde não se encontrava excluída dessa situação. Ao final do ano 2013 incluiu-se no programa Mais Médicos para o Brasil, experimentando reverter a situação de saúde existente. Até esta data o município contava com quatro estabelecimentos de saúde do SUS: uma secretaria municipal de saúde, 1 equipe do NASF, 1 Hospital municipal com prestação de serviços de urgências, só no horário da tarde, sem internação, e os casos mais complexos são trasladados a Esperantina e Teresina. Além disso, há quatro unidades de ESF sem médicos que trabalhavam em locais adaptados. Também tem uma Farmácia Popular, uma Academia da Cidade e um Centro de Assistência Social.

O município não tem laboratório clínico, conta com um centro de coleta de sangue que neste momento só realiza coleta de amostra a gravidez, mas não é possível realizar uma avaliação laboratorial de usuários com doenças agudas e doenças não transmissíveis. A atenção especializada é através do SUS com um encaminhamento, as vagas são poucas e o tempo de espera é demorado e não existe contra referência, o que afeta a assistência médica.

Também há carência de métodos diagnósticos no município, como: raios x, Eletrocardiograma (ECG), Ultrassonografia (USG) e exames de laboratório clínico

que prejudicam ou retardam os diagnósticos e denigram a qualidade da APS como chave de entrada no sistema de saúde.

Os gestores de saúde trabalham neste momento para fornecer equipamento para o laboratório clínico e tem-se feitas negociações com o município vizinho para a realização de exame.

Durante o ano de 2014 a saúde Matiense se consolidava através de um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual ou coletivo, que abrange a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

Para isso requereu-se realizar uma redistribuição para cobrir a área. Incrementou-se um ESF ficando em cinco equipes de ESF, integrados por um médico geral, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um dentista, uma auxiliar de dentista e cinco ACS. As áreas do interior do município, que constitui as mais carentes e de difícil acesso, foram cobertas por três ESF na zona rural e dois ESF ficaram na cidade.

A UBS de Caiçara é rural, está composta por uma equipe de ESF que durante vários anos não contava com um Profissional médico fixo dentro dos integrantes de sua equipe. A equipe estava integrada por um enfermeiro, um técnico de enfermagem e cinco ACS, sem a equipe odontológica. Tinham um médico que prestava consultas duas vezes por semana, procurando cobrir toda a área abrangente através de métodos tecnicistas- assistenciais, sem ter em conta ao usuário e sua família de maneira integral. Os atendimentos eram feitos em locais adaptados, carentes de privacidade, limpeza e iluminação, causas que estavam contra um bom atendimento médico.

Já no início do ano reverteu-se essa situação completando os integrantes da equipe (um médico especialista em saúde da família, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um dentista, um auxiliar de dentista e cinco ACS) o que permitiu encaminhar pautas de trabalho mais integrais e sistemáticas, dirigidas a estratégias de promoção, prevenção, reabilitação e tratamento dos usuários e sua família com um enfoque clínico epidemiológico.

Para isso requereu-se partir de análises da área, pois as estatísticas com que se trabalhavam eram obsoletas, só conhecidas pelos ACS, sem domínio claro da realidade, pelo resto dos integrantes da equipe. Este trabalho precisou um mapeamento e territorialização da área onde só participaram enfermeiro, ACS e o

médico, o resto não achou necessário nem pertinente à realização do mesmo, além de não o considerar parte de suas funções. Atribuíam essa responsabilidade só aos ACS, no início foi difícil que assumissem suas atribuições e responsabilidades como profissionais de saúde integrantes da ESF, mas com o exemplo, com o respeito e algo de perseverança se conseguiu obter mudanças significativas e mapeou-se 100% da área.

Este trabalho foi concluído recentemente pela equipe o que permitiu conhecer a realidade da área abrangente e estabelecer comparativos conforme dados do caderno de ações programáticas (a cobertura da saúde da criança é de 93%, para câncer de colo de útero é 72%, de mama 84%, para a Hipertensão arterial 54%, e Diabetes 44%, e população eminentemente jovem só 9.9% é representada por idosos, com uma cobertura de 93%). A população idosa identificou-se como esquecida no planejamento e controle de seus atendimentos permitindo fazer um controle de seus usuários, além de mudar a concepção tecnicista e assistencial existente por uma atenção humanitário-preventiva, que advoga pelo emprego do método clínico epidemiológico, requerendo ver o usuário como um ser integral socialmente e onde eles são os protagonistas de suas ações, responsabilizando-os pela sua saúde e por procurar as vias de solução de seus problemas.

Com o objetivo de garantir um atendimento de qualidade, é importante que os serviços de saúde disponham de uma estrutura física adequada das instalações, de materiais, equipamentos, profissionais bem preparados dispostos a reforçar o vínculo da equipe com a família para ajudar a identificar e solucionar os problemas de saúde.

As consultas passaram de duas vezes por semana a todos os dias da semana nas duas seções para completar as 40 horas que estabelece o ministério da saúde.

No início, estabelecer o vínculo estreito médico-usuário foi difícil, as consultas eram feitas em escolas, igrejas e clubes, carentes de espaços íntimos ou limpos, que possibilitassem um exame físico adequando, os casos eram registrados num livro de consultas, sem prontuários nem avaliação clínica dos mesmos, os usuários descontrolados, com tratamentos obsoletos de mais de oito anos, recebendo o medicamento pela secretaria de saúde, sem uma avaliação médica, com elevada incidência de faltosos ou abandono das consultas.

Neste momento contamos com uma excelente estrutura e ambiente físico, que segue os padrões estabelecidos. Contamos com o mobiliário novo, necessário para oferecer uma assistência médica de qualidade que dê resposta às necessidades da população abrangente. Os equipamentos básicos necessários para prestar assistência estão presentes, destaca-se que no início a UBS não tinha o instrumental médico necessário para realizar o atendimento de todas as demandas dos usuários de saúde, não eram feitos curativos nem os procedimentos terapêuticos, o que foi solucionado no curso dos meses através de contratos com o hospital municipal, que nos fornece materiais e instrumentais necessários, além de garantir a esterilização dos mesmos.

Quanto à disponibilidade de materiais/equipamentos de apoio para o desenvolvimento das atividades gerais na unidade, não existem meios de comunicação, informatização e informática. Não contamos com telefonia fixa e nem computadores, impressora, televisão e aparelho de DVD o que diminui a qualidade e o adequado desenvolvimento das atividades de promoção de saúde (que até esse momento só eram feitas pelos ACS) e o controle estatístico dos casos. Mas isso não significou limitação para sua realização. Empregam-se alternativas de ensino como são: álbum seriado, maquetes, murais informativos, entre outras levando o conhecimento e educação à população onde a equipe se integrou às mesmas sendo as atividades mais dinâmicas e diversas, partindo das necessidades da comunidade que não foram analisadas anteriormente.

Na atualidade o trabalho se desenvolve integralmente vinculando ao SUS, a Universidade (através dos cursos de especialização) e o programa de Saúde da Escola com apoio do NASF oferece uma atenção de qualidade e humanizada à comunidade, pois antigamente não se conheciam as linhas de trabalhos estabelecidas pelo ministério, os programas priorizados nem os protocolos de trabalho, com clareza, priorizando assim atendimentos às grávidas e à consulta de HIPERDIA.

Junto a estas atividades se realizaram inúmeras atividades da educação e promoção de saúde, dirigidas não só a ensinar como também a incentivar mudanças em modo e estilo de vida da população, com o objetivo de melhorar sua saúde. Outra mudança e não menos importante foi a fusão da equipe de trabalho de maneira integral permitindo uma organização estratégica do sistema de trabalho e alcançando planejar, avaliar e monitorar os programas prioritários pelo SUS,

garantindo uma capacitação permanente aos integrantes da equipe, colocando o bem estar e a complacência do usuário de saúde como nosso principal objetivo.

A UBS converte-se no lar da equipe, nele realizamos um acolhimento humanitário, e o maior número de ações possíveis que garantem resolutividade e economia, é o primeiro contato dos usuários com o sistema de saúde. Portanto, deve estar apta a manejar os problemas de maior frequência na comunidade e a ESF tem dentro de seus princípios a ética profissional encaminhada a garantir um atendimento adequado.

Os profissionais da equipe não tinham programado atendimentos á demanda espontânea, tendo em conta que os mesmos eram feitos em locais inadequados. Já com a nova UBS, apresentamos problemas com a realização do acolhimento, atividade que permite garantir uma ordem de prioridades dos atendimentos. Nós temos a tarefa de capacitar os integrantes da equipe permitindo que os usuários de saúde se identifiquem com o profissional e estabeleçam com o mesmo uma relação de reciprocidade e confiança, onde deposita todos seus medos, suas preocupações, suas alegrias e suas necessidades, que constituem o objetivo principal de seu trabalho. A mesma funciona seguindo cronograma de trabalho com a participação do médico e enfermeira garantindo o atendimento no consultório, e a técnica de enfermagem com a ACS acolhendo a demanda espontânea nos primeiros dez minutos, organizando-a pelos riscos, checando a Pressão Arterial (PA) e procurando os prontuários dos usuários, tudo é realizado dinamicamente.

Assim o trabalho tem sido mais dinâmico, atuando com todos os integrantes da equipe com os usuários e utilizando ferramentas para a identificação de seus problemas e as vias para sua solução.

A ESF traçou como estratégia mudar o atendimento tecnicista a uma atenção da ESF integral, que assegure a saúde da criança, que representa 96% da população estimada no caderno das ações programáticas (CAP), seu crescimento e desenvolvimento. Este programa não era priorizado, pois não contávamos com dados estatísticos que nos permitiram estabelecer uma ordem de prioridades. Traçou-se a estratégia de identificação dessa faixa etária e planejamos os atendimentos segundo o estabelecido pelo protocolo identificando crianças de baixo peso e anêmicas como principais incidências. Temos uma cobertura de 100% de crianças atendidas de 0-2 anos e 93% de 3-14 anos, as crianças faltosas a nosso atendimento estão identificadas por ausências e já se planejou suas consultas.

O atendimento à criança requer ser integral de maneira que é necessária a participação de todos da equipe (BRASIL 2012 b), mas ainda existem dificuldades no atendimento sistemático da equipe de dentista, a mesma está mais integrada à saúde bucal dos escolares.

Aproveitam-se as escolas para realizar ações de promoção e prevenção além de obter apoio incondicional de educação nas ações de saúde inter-relacionada a escola a ESF e a comunidade; as crianças identificadas de risco são avaliadas e se necessário se criam vias pelo SUS e os gestores para seu encaminhamento. Esse mesmo trabalho se realiza com as grávidas onde a captação tardia era um problema incidente, unido a gravidez na adolescência e a infecção durante a gestação. Segundo registros dos prontuários na UBS, no ano 2014, no segundo semestre do ano, só tivemos uma captação tardia e encontrava-se fora de área, quando engravidou. Todas são avaliadas com mais de seis consultas sendo a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a anemia as principais incidências de doenças associadas à gestação, mas todas tem sido controladas e medicadas pela equipe sem precisar encaminhar.

A etapa do puerpério e a captação do recém-nascido são consultas priorizadas, permitindo estreitar os vínculos da equipe com a família vista de maneira integral, embora não eram feitas pela equipe. A mãe e sua criança eram atendidas aos seis meses para cumprir com o programa do sulfato ferroso. Hoje essa consulta é feita no domicílio antes dos sete dias para a realização da captação de recém-nascido e a puérpera, onde se analisa as condições higiênico-ambientais e se enfatizam em seus cuidados, explicados durante as consultas de gravidez, permitindo mostrar mudanças nos indicadores de morbimortalidade infantil. Durante o último semestre do ano não tivemos baixo peso ao nascer nem morte infantil. As consultas estão em dia e existem prontuários espelhos arquivados na UBS para registrar as consultas e o desenvolvimento da criança. Todas as mães são orientadas durante a gestação sobre a realização de teste do pezinho e orelhinha, o resto das atividades é cumprido em 100%.

O trabalho que se realiza com as mulheres na idade fértil ainda não cobre o total das usuárias e não se planeja a gravidez. Existem ainda mitos culturais e barreiras cognitivas tendo em conta que a grande maioria tem um baixo nível escolar além de persistir paradigmas machistas que não valorizam a mulher e ainda a

consideram frágil e inútil, prestando para procriar e ficar em casa para cuidar os filhos e as tarefas domiciliares.

A ESF vem trabalhando no planejamento, organização e controle dos programas prioritários pelo Ministério de Saúde oferecendo prioridade ao programa de HIPERDIA (HAS-DM). Tendo em conta o elevado número de doentes que tinham abandonado o tratamento pela instabilidade da equipe, a falta de conhecimentos, as questões culturais, e a falta de recursos, nos obrigou a tomar estratégias de trabalho encaminhadas a resgatar a confiança e o respeito a nosso trabalho, reforçando o vínculo médico usuário, considerando a satisfação do mesmo como objetivo prioritário.

Temos avançado, pois, muitos usuários descompensados de sua doença no início do período da intervenção de Janeiro a Abril deste ano 93% encontram-se compensados (precisaram de mudanças agregadas ao tratamento). Também nas atividades grupais e individuais se evidenciam transformações na alimentação, existem grupos de dança e de caminhadas, ganhando em assistência e disciplina em relação ao tratamento e respeito das consultas agendadas. O número de faltosos é menor e sempre dão uma satisfação da causa resgatando as mesmas. Os atendimentos estão em dia, não temos tido casos complicados durante esta etapa evidenciando-se um bom trabalho de seguimento de casos crônicos.

Um programa que tem revolucionado é a prevenção do câncer de mama e de colo de útero o qual mostrava estatísticas falhas devido aos casos repetidos, fora da idade considerada de risco, só anotadas num livro de atendimentos, sem controle dos resultados nem dos tratamentos impostos confundindo democracia na realização da mesma. Com a ignorância ou o desconhecimento dos riscos, se trabalhou de maneira exigente com os integrantes da equipe, analisando que a saúde dos usuários é também responsabilidade nossa, e que não resolve fazer exame sem avaliar os resultados e dar-lhe continuidade e seguimento.

De um total de 286 mulheres compreendidas na faixa etária de risco só o 53%, conforme CAP tem os exames em dia. Além de trabalhar na realização do exame se realiza um controle deste na UBS para garantir seu retorno na data que lhe corresponde. Além disto, se identificou as mulheres em idade de risco que faltam por sua realização e se vem trabalhando para completar 100% do cumprimento do programa. As estatísticas obtidas anteriormente eram com base nos exames repetidos pela mesma mulher três e quatro vezes no ano, sem ter em conta as

indicações do programa, para isso foi preciso capacitar aos ACS e ensinar a trabalhar segundo o estabelecido pelo protocolo.

Também a prevenção do câncer de mama teve um baixo cumprimento (de 84% de casos entre 50 e 69 anos conforme CAP, só dois casos estão em dia), temos trabalhado no levantamento do grupo etário, na realização de exame de mama e nos trabalhos de educação e promoção de saúde na comunidade para o autoexame de mama, mas, temos a dificuldade da referência à atenção secundária e terciária para a realização de USG e ou mamografias que são quase impossíveis pelo SUS.

Ainda faltam muitas coisas por fazer, encaminhadas para melhorar a qualidade de nosso serviço, mas já se evidenciam avanços. A demanda espontânea tem sido um exemplo disso, pois além de ganhar em confiança e respeito profissional, as atividades de promoção, educação e prevenção de saúde oferecida segundo os grupos de riscos, nas escolas, nas igrejas, na UBS e na comunidade tem dado como aspecto positivo mudanças que se vê refletido na diminuição da demanda espontânea. Os usuários se mantem compensados e controlados.

Com relação a saúde do idoso, constatamos que de um total de 163 pessoas com mais de 60 anos na área de abrangência e que representam 9.9% da população total, não havia constância de dados cadastrados na unidade, só eram identificados 51 idosos portadores de doenças crônicas que representam 3.1% aos que se adicionou 16 novos usuários durante nossa pesquisa

Só o fato de trabalhar em equipe de maneira integral constituiu o motor impulsor de melhoras em nosso atendimento, e dessa maneira se ambientou e embeleceu a UBS dando um ambiente familiar. Colocamos cartazes de propaganda em saúde sobre as principais doenças que vem incidindo em nossa comunidade, assim como uma carta informativa que oferece informações referentes a nosso cronograma de trabalho para evitar maltratos aos usuários. As atividades assistenciais deixarão de ser únicas para igualar-se com as atividades de promoção, educação e prevenção de saúde.

Temos problemas reais com a saúde bucal de maneira geral partindo que ainda não se oferece atendimento na UBS pela falta de equipamento o que implica dificuldades no acesso dos usuários e por outro lado ainda as atividades não são concebidas de maneira integral em equipe, vão mais dirigidas á prestação assistencial.

Nosso trabalho permitiu ganhar o respeito e a confiança da população e dos gestores de saúde no município, que acreditam no impacto positivo que produz o nosso sistema de trabalho, mas ainda não é suficiente, pois as ações assistenciais estão muito limitadas e não contamos com redes de atenção bem estabelecidas.

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

Analisando a trajetória de trabalho, ao início, não se analisava o comportamento dos indicadores de saúde, os atendimentos eram mecânicos sem pensamento científico, nem análises de causas-efeitos, os usuários não participavam em sua saúde, nem procuravam mudanças para ela. A análise situacional permitiu conhecer a população e obrigou aos ACS e demais integrantes da equipe a completar os cadastros para trabalhar com dados reais, além de planejar o trabalho para fazer seguimento dos programas priorizados.

Segundo os dados do SIAB (2014), a UBS Caiçara consta com uma população de 1632 habitantes cadastrados no sistema estatístico distribuídas em 497 famílias. A atuação da equipe ocorria principalmente no hospital municipal, locais adaptados e nas residências, caracterizando-se: como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde; por ter território definido, com uma população delimitada, sob a sua responsabilidade. Como dificuldade desta etapa tivemos a resistência a mudanças, já que nas reuniões da equipe, me referiam múltiplos obstáculos para o trabalho, fora das atividades que realizavam (Hiperdia e grávidas eram só os programas priorizados). Com um número limitado cadastrado de: hipertensos, diabéticos, idosos, grávidas e lactantes, sem ter em conta a avaliação de usuários com fatores do risco nem se priorizava o atendimento as famílias como célula chave da comunidade, uma vez estabelecidos na UBS se consolidou o trabalho em equipe e as estratégias de trabalho consideradas desde o início foram aperfeiçoando-se ate hoje.

O trabalho ainda não foi concluído. A ESF tem por objetivo desenvolver ações integrais que além de oferecer uma atenção individual e coletiva humanizada, integral e qualificada, envolvendo toda a comunidade na identificação dos principais

problemas de saúde e criando estratégias para dar solução aos mesmos. Desse jeito temos garantido uma tomada de consciência dos usuários de saúde na importância da sua participação ativa no processo saúde doença que vai ser o ponto de partida para mudanças efetivas e uma maior qualidade de vida da sociedade.

A ESF de Caiçara busca enfatizar a importância do emprego da epidemiologia e da construção de um sistema de informação, como instrumentos fundamentais para o conhecimento e o enfrentamento dos principais problemas de saúde da população abrangente.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

O fato mais marcante para as sociedades atuais é o processo de envelhecimento populacional observado em todos os continentes. O aumento do número de idosos, tanto proporcional quanto absoluto, impõe mudanças profundas nos modos de pensar e viver a velhice na sociedade. O envelhecimento é um processo natural que ocorre durante toda a vida, antes considerado um fenômeno, hoje, faz parte da realidade da maioria das sociedades. O declínio biológico normal no processo de envelhecimento e o aparecimento progressivo de doenças e dificuldades funcionais com o avançar da idade sustentam, de modo geral, uma concepção de velhice como período de decadência inexorável (MORAES, 2012).

A UBS de Caiçara localizada na zona rural do município Matias Olímpio, conta com uma equipe de profissionais composta por médico especialista em medicina geral, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, dentista, auxiliar de dentista e cinco ACS, além de contar com o apoio do NASF, de educador físico, nutricionista, psicólogo, psiquiatra e fisioterapeuta que incluíram-se dentro do funcionamento integral da equipe para trabalhar o foco de intervenção eleito, permitindo cumprir com o resgate do programa dos idosos para uma cobertura em 100%. Contou-se com uma população de 1632 habitantes, distribuídas em 497 famílias com uma população eminentemente jovem só um 9.9% é representada por idosos.

A estimativa total de idosos na área da abrangência é de 163, segundo o caderno de ações programáticas do indicador de cobertura. Destes só estavam cadastrados 51 idosos portadores de doenças crônicas que representa 46% desta faixa etária. Com o objetivo de reverter esta situação a equipe traçou como cronograma de trabalho consultar uma vez por semana em duas seções junto à equipe multiprofissional com a prévia coordenação e aprovação da secretaria de saúde.

É importante ressaltar que envelhecimento não é sinônimo de incapacidade e dependência, mas de maior vulnerabilidade. Por isso, é preciso desenvolver uma cultura de cuidado, de forma sustentável e que atenda às necessidades desta população (BODSTEIN; AZEVEDO; ABREU 2012).

O declínio biológico, psicológico e a falta de protagonismo na sociedade tem como consequência, muitas vezes, o abandono social do idoso. A funcionalidade do idoso deve completar-se no marco de uma definição de saúde que considere o bem estar do ser humano desde o ponto de vista físico-biológico, psicológico, social e espiritual, que a verse afetada, se relaciona com a mobilidade e funcionalidade do mesmo (BRASIL, 2006 b). Por tanto este tema motivou a realização desta proposta de intervenção, caracterizando a capacidade funcional dos anciãos pertencentes à UBS de Caiçara, reforçando o conceito que um dos objetivos primordiais no cuidado do ancião é a valoração funcional, prevenindo incapacidade e fomentando independência.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde dos idosos na UBS Caiçara, município Matias Olímpio, PI.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

- a) Ampliar a cobertura do Programa de Saúde dos idosos
- b) Melhorar a qualidade da atenção aos idosos na UBS
- c) Melhorar a adesão ao programa de Saúde dos idosos
- d) Melhorar o registro das informações
- e) Promover a saúde dos idosos

Metas

Relativa a objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do idoso

Meta 1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 100% dos idosos pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.

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

Meta 2: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

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

Meta 4: Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos .

Meta 5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia Popular a 100% dos idosos .

Meta 6: Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Meta 7: Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção .

Meta 8: Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Meta 9: Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM).

Meta 10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Meta 11: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

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

Meta 12: Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas

Relativa a objetivo 4: Melhorar registro das informações.

Meta 13: Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Meta 14: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

Relativa a objetivo 5: Mapear os idosos de risco da área de abrangência

Meta 15:- Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade

Meta 16: Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Meta 17: Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

Relativo ao objetivo 6 : Promover a saúde dos idosos.

Meta 18: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Meta 19: Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Meta 20: 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 doze semanas na UBS Caiçara, no Município de Matias Olímpio, (PI). Participarão da intervenção pessoas, acima de 60 anos de idade, residentes na área de abrangência da UBS

2.3.1 Detalhamento das ações

Eixo 1: Monitoramento e avaliação

O monitoramento da cobertura dos idosos da área será realizado semanalmente a partir do preenchimento das planilhas de coleta de dados. A partir do preenchimento será avaliada a cobertura. Uma vez por mês será feita uma revisão geral para avaliar o andamento do projeto. O médico tem a responsabilidade de verificar semanalmente o cumprimento do cronograma da intervenção e monitorar a periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos.

O Monitoramento do número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados, será realizado em reunião de equipe, quando poderá inclusive ser discutida a situação geral de cada um, as visitas realizadas e a periodicidade das próximas visitas de acordo com a necessidade de cada idoso acamado. O médico monitorará o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados e as necessidades de atendimento.

Todos os idosos atendidos serão rastreados para HAS, com PA verificada antes de qualquer consulta ou atendimento. Os diagnosticados com Hipertensão serão também rastreados para DM, com solicitação de exames complementares de rastreio, pelo menos anualmente. Será registrado na caderneta do idoso e na ficha-espelho, para monitoramento e avaliação do rastreio destas doenças mensalmente. O enfermeiro será o responsável de monitorar a qualidade dos registros dos idosos acompanhados determinando a qualidade de preenchimento dos registros e o número de idosos com HAS/DM além de a indicação e obtenção de resultados de exames complementares laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada.

Será monitorado o número de idosos cadastrados na Unidade em acompanhamento odontológico no período acompanhado, assim como a cobertura de atendimento odontológico de idosos em cuidados domiciliares na área de abrangência da unidade de saúde, com preenchimento da ficha-espelho odontológica e avaliação semanal da cobertura odontológica. Mensalmente será avaliado o avanço nessa cobertura. O dentista vai monitorar o cumprimento da atenção odontológica a recuperação de faltosos e a solução dos problemas de saúde detectados.

Eixo 2: Organização e gestão do serviço

Os idosos serão acolhidos pela equipe de saúde. Serão cadastrados todos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde após levantamento da população idosa residente na área pelos ACS, para posterior atualização das informações do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB).

O registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa será realizado em prontuário e ficha-espelho com atualização semanal dos mesmos na planilha de dados. A agenda da equipe será organizada para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção. Semanalmente, durante as reuniões de equipe serão discutidos os casos dos idosos acamados que necessitem.

O enfermeiro tem a responsabilidade de manter as informações do SIAB atualizadas. O médico, enfermeiro e dentista tem a responsabilidade de implantar planilha/registo específico de acompanhamento do atendimento aos idosos. A técnica de enfermagem monitorará diariamente o sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto o atraso na realização de consulta de acompanhamento, o atraso na realização de exame complementar, a não realização da Avaliação Multidimensional Rápida e dos demais procedimentos preconizados. O médico responsável do desenvolvimento da estratégia informará aos ACS para que sejam realizadas as ações planejadas para a recuperação de faltosos. O enfermeiro Jeff da equipe de ESF ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e da ficha complementar necessárias para a coleta de dados que não estão registrados na ficha espelho do idoso.

Nas quintas-feiras serão disponibilizadas 16 consultas de avaliação e acompanhamento do idoso além de avaliação odontológica, tudo na seção da manhã, na tarde serão realizadas visita domiciliar aos idosos acamados ou que não podem se locomover. Para realizar a busca dos faltosos, tentaremos com o trabalho dos ACS interagir com os idosos, os integrantes da família, cuidadores e líderes da comunidade para conscientizá-los da necessidade e importância da estratégia de intervenção. Os idosos faltosos serão agendados para outro dia segundo suas possibilidades.

Eixo 3: Engajamento público

Será realizada uma palestra inicial para a comunidade para esclarecimentos iniciais, detalhando aos mesmos o projeto e as ações que serão desenvolvidas, explicando sua importância. Durante as visitas domiciliares e consultas de enfermagem, odontológica e médica as orientações serão reforçadas e os agentes de saúde serão orientados para repassar as informações.

A comunidade será esclarecida sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde. Será informada sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde e sobre a presença de visitas domiciliares no programa, informando sobre os casos em que se deve solicitá-la. Será informado também que para aos idosos acamados ou com problemas de locomoção ela estará disponível.

A equipe irá realizar reuniões semanais sendo que serão realizadas conversas, palestras e debates tendo em conta o protocolo de saúde do idoso com o objetivo de treinar a equipe para acolhimento aos idosos, aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida, avaliação clínica integral, avaliação odontológica, método de registro das ações clínicas para o acompanhamento e metodologia da visita domiciliar, além de as ações específicas para a recuperação de idosos faltosos a consultas para assim a equipe estar preparada para realizar as ações integrais que melhorem a cobertura de atenção e qualidade de vida da população alvo. O profissional responsável será o médico o que irá organizar uma agenda de trabalho com ações integrais que envolvam aos integrantes da equipe de saúde, o grupo de apoio do NASF e a liderança da comunidade.

Eixo 4: Qualificação da prática clínica

A equipe será capacitada durante as reuniões semanais da equipe com discussão sobre o programa do idoso e como cada um deve exercer sua função. A equipe será capacitada para o acolhimento aos idosos, de acordo com a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2010). Os ACS serão capacitados para a busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço, assim como para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência. Eles serão orientados sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar desses idosos, e orientados para o reconhecimento dos

casos de idosos que não se encaixam neste grupo que necessitam de visitas domiciliares.

As ações como palestras, gincanas, dramatização e debates, serão realizadas com a comunidade convocados pelos ACS, na premissa de conscientizá-los sobre a importância que os idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde, além de informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso. O projeto será informado durante reuniões do Conselho Local de Saúde (CLS). O profissional responsável será o médico e enfermeiro. Conseguiremos que os gestores políticos e de saúde além dos dirigentes das organizações comunitárias fiquem comprometidos com o desenvolvimento das tarefas e possam garantir os recursos necessários para um desempenho com qualidade.

2.3.2 Indicadores

Relativos ao 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 100%.

Indicador 1: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.

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

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

Relativos a objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde.

Meta 2: 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 Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

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

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

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

Indicador 3: Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia.

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

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

Meta 4. Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Indicador 4: Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

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

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

Meta 5. Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos

Indicador 5: Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada

Numerador: Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular

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

Meta 6. Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Indicador 6: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados

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

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

Meta 7. Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Indicador 7: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.

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

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

Meta 8. Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Indicador 8: Proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta

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

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

Meta.9. Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM).

Indicador 9: 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 10. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Indicador 10: 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 11. Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Indicador 11: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

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

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

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

Meta 12. Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Indicador 12: 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.

Relativos a objetivo 4 : Melhorar o registro das informações

Meta 13. Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Indicador 13: Proporção de idosos com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia.

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

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

Meta 14. Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

Indicador 14: Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

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

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

Relativo ao objetivo 5: .Mapear os idosos de risco da área de abrangência

Meta 15. Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Indicador 15: Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia

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

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

Meta 16. Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Indicador 16: Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia.

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

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

Meta 17. Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

Indicador 17: Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia.

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.

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

Relativo ao objetivo 6: Promover a saúde dos idosos

Meta 18. Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Indicador 18: Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis

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

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

Meta 19. Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Indicador 19: Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física

Numerador: Número de idosos com orientação para prática regular de

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

Meta 20 Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

Indicador 20: 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

O Manual Técnico de Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) será empregado na realização do projeto de intervenção no programa de saúde do idoso. A equipe de ESF de Caiçara será responsável pelas atividades do projeto, em trabalho conjunto com a equipe multiprofissional onde os ACS serão os encarregados da atualização dos cadastros dos idosos assim

como da busca de faltosos, conscientização e orientação da comunidade sobre o tema e a realização das atividades de promoção e prevenção de saúde dos idosos.

As consultas serão previstas na UBS para a maioria dos idosos possibilitados de acessar ao mesmo. No local, a técnica de enfermagem unida aos ACS realizarão o acolhimento dos idosos tendo presente o nível de priorização dos mesmos além de fazer as medidas antropométricas, controle de PA, teste de glicose e preencher as medições resultantes nos prontuários. O médico e a enfermeira realizarão o exame físico integral do idoso e uma avaliação multifuncional, que junto ao critério avaliativo da saúde mental do psiquiatra e a psicóloga, a avaliação nutricional da nutricionista, do critério emitido pelos educadores físicos e a fisioterapeuta e o exame da equipe odontológico se executará uma avaliação integral na velhice.

Para levantamento e registro das informações do idoso utilizaremos a ficha espelho do idoso disponível no município, como as fichas não preveem informações sobre a residência e para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção. Estimamos alcançar com a intervenção 163 idosos. Faremos um convenio com os gestores municipais para dispor das 163 fichas espelho necessárias e para imprimir as 163 fichas complementares que serão anexadas às fichas-espelho. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

Para organizar o registro específico do programa do idoso, o enfermeiro revisará o livro de registro identificando todos às pessoas acima de 60 anos que vieram ao serviço 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 peso e altura além de consultas, exames clínicos e laboratoriais e vacinas em atraso.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidos com a equipe de ESF da UBS. Começaremos a intervenção utilizando duas horas da reunião geral semanal para apresentação do projeto e a capacitação da equipe de ESF sobre o manual técnico de Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde para que toda a equipe utilize esta referência na atenção às pessoas com idade acima de 60 anos e providenciar a sensibilização da equipe para acolhimento dos idosos e familiares ou cuidadores, além do ajuste do trabalho, troca de ideias e esclarecimentos das tarefas. Cada membro da equipe

estudará uma parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe. Para controle dos faltosos será realizado monitoramento semanal através de pesquisa do histórico do prontuário.

Para acolher a demanda de intercorrências agudas nos idosos não há necessidade de alterar a organização da agenda, eles serão priorizados nas consultas disponíveis para pronto atendimento. Para agendar os idosos provenientes da busca ativa serão reservadas cinco consultas por semana.

A equipe criará uma estratégia de atividades de promoção de saúde representadas segundo os temas a discutir pelo profissional da equipe, utilizando como ferramenta múltiplas técnicas de participação comunitária encaminhadas a garantir a apreensão dos conhecimentos pela população e motiva-os nas mesmas. O nutricionista planeja realizar não só palestras sobre alimentação saudável, também propõe a realização dos alimentos mais atrativos e prazerosos onde serão os protagonistas os idosos, familiares e ou cuidadores dos mesmos. Eles competirão com os pratos que elaborarem e a comunidade será o árbitro. Também serão efetuados o grupo de dança-terapia dos idosos acompanhados pela fisioterapeuta e a educadora física. A estas atividades inclui-se as palestras e os vídeo conferencias que o médico e a enfermagem farão na comunidade aproveitando o contato com a associação de moradores e com os representantes da comunidade nas igrejas da área de abrangência. Apresentaremos o projeto esclarecendo a importância da realização da aplicação da estratégia de intervenção nos idosos. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a avaliação de idosos e de esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional.

Semanalmente o enfermeiro examinará as fichas-espelho dos idosos identificando aqueles que estão com consultas, exames clínicos, exames laboratoriais ou vacinas em atraso. A busca aos faltosos será feita pelos ACS através de visitas domiciliares como forma de sensibilizar aos idosos e sua família sobre a importância da avaliação. Os idosos faltosos serão reagendados para um horário de sua conveniência. Ao final de cada mês as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica.

3. Relatório da Intervenção

O envelhecimento da população mundial é fato inegável e acontece de forma acelerada nos países em desenvolvimento. O Programa de Saúde do Idoso surge com uma perspectiva biopsicossocial, com ênfase na promoção de saúde, reabilitação, prevenção e tratamento de agravos à saúde desta faixa populacional.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Chegou a etapa final de nossa intervenção a mesma teve uma duração real de três meses iniciou-se no dia 22 de Janeiro e concluiu-se no dia 26 de Abril dos 2015. Uma árdua experiência de trabalho não só referente a intervenção realizada, mas também em respeito a consolidação do trabalho em equipe, a unificação de tarefas, a implicação de setores sociais, e da comunidade na identificação de suas necessidades no enfrentamento de seus problemas de saúde. Desenvolvemos as atividades de forma descentralizada, buscando a autonomia dos profissionais de saúde, oferecendo suporte técnico-científico para supervisão, avaliação, capacitação de recursos humanos, além de promover organização de serviços, levantamento de dados epidemiológicos, elaboração de material educativo e informativo.

Nossa intervenção esteve direcionada a melhorar o programa de saúde do idoso e para isso nós traçamos várias ações a desenvolver, de acordo com nossos objetivos. No início nós enfrentamos vários obstáculos como as delimitações traduzidas no acolhimento de idosos com demências, frágeis e/ou acamados. Ou seja, na prática, as instituições demandam ações simultâneas, necessitando de

capacitação permanente aos profissionais da equipe junto com uma adequada divulgação dos resultados da intervenção.

Também sofremos a resistência da população na efetividade da intervenção, mas com perseverança e inteligência formamos uma grande equipe de motivação e apoio à intervenção. Outro fato faz parte de um conjunto de ações Inter-setoriais que vêm sendo pactuadas com o município, pois a atenção de Saúde da Pessoa Idosa requer a articulação Inter-setorial para o acompanhamento das ações em Saúde da população alvo visando o cuidado integral e a proteção social. Para isso planejou-se atividades com a equipe do NASF dentro do cronograma de trabalho nas áreas não só dirigido aos idosos, mas também trabalhar no cuidado às pessoas idosas e seus familiares.

Na elaboração do cronograma do projeto de intervenção foram planejadas 15 ações para desenvolver e todas foram integralmente executadas.

A capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo de saúde dos idosos e o estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática aconteceu no início do projeto, mas a capacitação teve continuidade nas doze semanas da intervenção, pois o pouco domínio pelos integrantes da equipe de saúde dos temas referentes aos idosos foi uma dificuldade detectada no início. Os temas escolhidos estão no conteúdo do protocolo de atendimento, envelhecimento e saúde da pessoa idosa na atenção básica do Ministério de Saúde.

A equipe de Caiçara conta com uma população total de 1632 habitantes cadastrados no sistema estatístico, representadas em 497 famílias com uma população eminentemente jovem, só 9.9% é representada por idosos.

O número total estimado de idosos na área da abrangência é de 163 e durante a intervenção tivemos a fatalidade de uma perda. O número total de idosos acamados foi de 23. O cadastramento dos idosos da área de abrangência aconteceu segundo o previsto no cronograma, com a participação ativa dos ACS.

O total de idosos cadastrados tem preenchidas a ficha espelho e a caderneta da pessoa idosa, além de ter realizados avaliação de riscos de morbimortalidade e fragilização na velhice. O monitoramento da cobertura dos idosos da área foi realizado semanalmente a partir do preenchimento das planilhas de coleta de dados. Todos os idosos atendidos foram rastreados para HAS, com PA verificada antes de qualquer consulta ou atendimento. O transporte dos idosos foi assegurado pela secretaria de saúde.

O atendimento da população alvo foi muito bem planejado pela equipe de saúde clínica e a equipe de saúde odontológica, com a identificação dos principais problemas de saúde e o estabelecimento de prioridades de intervenção, com o objetivo de dar solução no menor tempo possível.

A avaliação multidimensional rápida dos idosos da área de abrangência foi feita com qualidade nas 12 semanas da intervenção, permitindo o diagnóstico integral da saúde do idoso, além do planejamento de ações em parceria com os integrantes do núcleo familiar e a comunidade, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos idosos.

Com todas as ações programadas foi possível oferecer atendimento a 100% dos idosos cadastrados na UBS além de garantir a busca ativa das faltosas e a visita no domicílio dos acamados ou com problemas para se locomover, garantindo o cadastro dos idosos com HAS e DM.

As palestras e demais atividades de promoção e educação de saúde realizadas na comunidade foram desenvolvidas, incluindo nelas a nossa população alvo como protagonista, além de responsabilizar a comunidade em sua saúde, explicando sua importância e tendo como finalidade o desenvolvimento das atividades para socializar pessoas na mesma faixa etária oferecer conhecimento, esclarecer mitos e reincorporar aos idosos na vida ativa da comunidade.

As atividades do grupo foram realizadas durante toda a intervenção com a periodicidade estabelecida. No decorrer dos encontros foram desenvolvidas outras atividades não planejadas tais como: apresentação de pratos com receitas de cozinha saudáveis, a celebração de aniversários coletivo e festival do forró da terceira idade. Ao início a assistência foi pouca, mas com a ajuda da liderança da comunidade e o grupo de apoio criado na comunidade e os cuidadores dos idosos a incorporação foi de acordo com o esperado.

Durante as visitas domiciliares e consultas de enfermagem, odontológica e médica as orientações foram reforçadas e os ACS se converteram em profissionais indispensáveis para nosso trabalho investigativo.

A experiência em nossa área de abrangência com seleção das experiências locais durante a estratégia de intervenção de saúde nos idosos pretende estreitar a articulação com os gestores, conhecer o esforço do gestor local e selecionar as experiências exitosas.

O contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática do idoso solicitando apoio para as demais estratégias que foram desenvolvidas aconteceram em vários momentos da intervenção com uma boa receptividade dos líderes que ficaram sensibilizados com a importância do projeto. Foi planejado o traslado da equipe do NASF, a coleta e análises dos exames laboratoriais, o traslado dos idosos de lugares afastados da UBS e os recursos materiais além dos custos da intervenção.

O conhecimento gerado subsidiará o aperfeiçoamento da atenção à população idosa no município Matias Olímpio.

Os gestores garantiram seu compromisso de apoio e coordenação de ações para garantir os requisitos da intervenção e só com o impacto do trabalho fez que se conseguissem resultados positivos acima do previsto. Mas, seria errado não mencionar o papel desempenhado pelos ACS imersos na comunidade e fortalecendo nosso trabalho em contato direto com a população alvo, mas também com os familiares e cuidadores de idosos que jogam um importante papel.

Mas o fato mais importante de nosso trabalho além de nossa consolidação com a equipe inter-relacionado a equipe multiprofissional foi a implementação em nosso sistema de trabalho não só do programa de saúde do idoso mas do resto dos programas priorizados pelo ministério da saúde, convencidos que quando se trabalha unido e organizado, as tarefas são realizadas com maior facilidade.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Embora todas as ações previstas foram desenvolvidas, o caminho percorrido foi cheio de inumeráveis obstáculos que requereram novas análises, estratégias de persuasão e dinâmicas interativas, que atraíssem o interesse e a credibilidade deste grupo etário, nos profissionais de saúde; além de considerar que o reto mais marcante foi obter a integralidade da equipe multiprofissional e focar a capacitação no cumprimento e implementação do protocolo do idoso, perfeitamente explicado para seu manejo, para isso nos apoiamos em nossa experiência de trabalho com o adulto maior em Cuba e nas Técnicas de informatização através do emprego de vídeos conferências didáticas para obter uma melhor qualidade de nosso trabalho.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Dificuldades encontradas na sistematização dos dados na intervenção ocorreram que não foram favoráveis na sistematização dos dados. As faltas frequentes de internet além da má qualidade do sinal ocasionaram demora no envio da informação. No início da intervenção, a secretaria de saúde coordenou a realização dos exames pelo SUS apoiando com transporte, elemento que falhou muitas vezes por carência de carros e outras pela falta de vontade administrativa dos gestores, neste tema a equipe considerou que a planilha deveria não só recolher o cumprimento da indicação dos exames nos idosos, mas também a fiscalização e reavaliação dos exames, fato que garantiria um controle adequado de suas doenças e descreveria a efetividade do sistema de saúde no município.

A falta de uma estrutura de saúde que de suporte aos programas da atenção básica de saúde e a falta de sistematicidade dos programas de educação para a saúde na comunidade fizeram que a equipe adotasse novas estratégias para obter os resultados esperados.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

O Projeto de Intervenção em Saúde do Idoso desenvolvido na UBS de Caiçara foi elaborado em função das necessidades identificadas no “Diagnóstico de Saúde” efetuado na área de abrangência, definindo estratégias de forma a motivar o envolvimento da comunidade na construção deste projeto de saúde. A intervenção comunitária tem como finalidade a resolução de problemas e a promoção das potencialidades de uma comunidade através de uma ação concertada entre a equipe de saúde a liderança e a própria comunidade local, favorecendo assim a proximidade e implicando a comunidade na tomada de decisão e desenvolvimento de atividades orientadas para a obtenção de ganhos em saúde. A intervenção foi incorporada a rotina do trabalho da UBS, neste momento 100% dos idosos tem uma

avaliação multidimensional rápida em dia e foi estabelecida a periodicidade dos controles e avaliação para os usuários de saúde que ainda iram completar 60 anos.

A porta de entrada principal para a pessoa idosa na rede de saúde é a atenção primária (ESF). O encaminhamento para o ambulatório de geriatria é realizado pelo médico da atenção primária (através de uma ficha de referência e contra referência) e segue critérios específicos.

Fico feliz por esse resultado e convencida que meu empenho, liderança e experiência ajudou á implementação deles .

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção tratou da melhoria da atenção à saúde dos idosos (com 60 anos ou mais) na área adstrita à UBS. No início não havia a quantidade real desta faixa etária, pois era um programa que não se cumpria, só tinham atendimentos os idosos portadores de doenças crônicas (HAS-DM). Porém eram os que se encontravam cadastrados, do resto existia um sub-registro daí a proposta de nosso primeiro objetivo.

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 100%.

Indicador 1: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.

Iniciamos a intervenção com 51 idosos cadastrados, considerando que o programa não era implementado, segundo os dados recolhidos pelos ACS nas fichas de cadastro dos idosos com 60 anos e mais como mostra a figura 1. No segundo mês, 92 idosos estavam cadastrados, e no terceiro mês, 149, correspondendo a 91,4% dos idosos residentes.

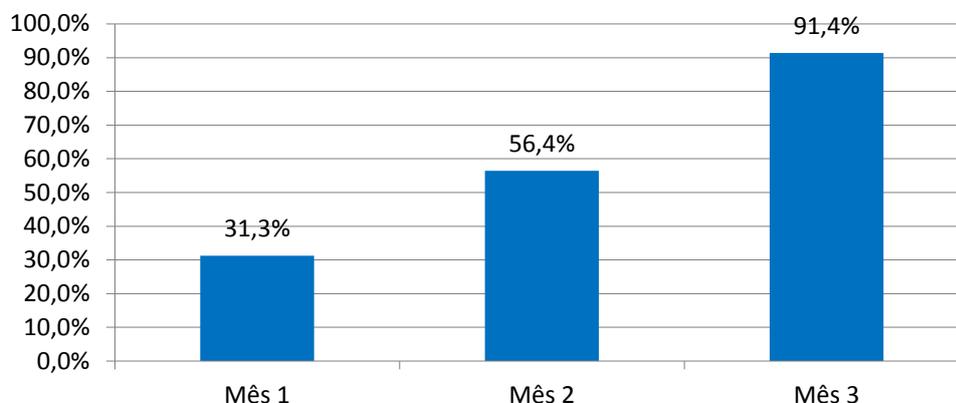


Figura 1 Cobertura de programa de atenção à saúde do idoso na UBS Caiçara, Matias Olímpio PI, 2015

A pouca cobertura também se explica pela falta de credibilidade da população desta faixa etária, difícil de convencer sem a prática contínua, o que foi demonstrado com o avanço dos meses seguintes através do incremento das atividades de promoção, educação e prevenção de saúde, assim como a sistematização das consultas programadas, a qualidade da atenção dirigida a este grupo etário não só pela equipe de saúde da família, mas também pela equipe multiprofissional. Outro elemento a nomear foi à implicação da comunidade no apoio desta intervenção e dos gestores municipais em garantir as ferramentas necessárias para seu bom desenvolvimento. A cobertura dos idosos se dobrou no segundo mês atingindo 91,4% de cobertura no terceiro mês, o que demonstra que o trabalho organizado e planejado em equipe permite obter bons resultados além de interagir com uma população alvo esquecida cheia de experiências e de uma cultura rica e muito dinâmica.

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

Meta 2: 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: Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

Uma vez que o trabalho se organizou, cumprir as metas propostas foi fácil, reconhecendo o papel fundamental da equipe multidisciplinar na avaliação multidimensional dos 149 idosos que representam 100% de idosos cadastrados. No primeiro mês, 51 idosos foram avaliados e no segundo mês, 92. Os idosos foram agendados e adequadamente acolhidos com uma ordem de prioridade de atendimento e feito uma avaliação segundo o modelo proposto pelo Ministério de Saúde considerando a mesma muito ampla e capaz de avaliar todas as esferas biopsicossociais nos idosos.

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

Indicador 3: Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia.

A equipe traçou como estratégia em toda consulta de atendimento aos idosos dentro o fora da unidade de saúde, fazer uma atividade de promoção e educação de saúde onde os próprios idosos fossem os protagonistas. Posteriormente respeitando uma ordem de acolhimento, foram consultados e nos 149 idosos se realizou exame clínico integral preservando sua integralidade e a ética característica (51 no primeiro, 92 no segundo e 149 no terceiro mês, correspondendo a 100% nos 3 meses). Identificamos e coordenamos 27 idosos com necessidade de encaminhamento para outras especialidades (10 no primeiro, 9 no segundo e 8 no terceiro mês) usando o SUS para garantir seu cumprimento e alcance. Realizou-se a abertura de um livro de referência e contra referência na UBS para melhor controle.

Meta 4 Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Indicador 4: Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Aos 93 idosos hipertensos e/ou diabéticos avaliados se solicitou exames complementares (33 no primeiro, 57 no segundo e 93 no terceiro mês, correspondendo a 100% nos 3 meses de intervenção) tendo em conta a necessidade de avaliação clínica laboratorial de suas doenças. Mas só 47% dos idosos realizaram os exames (7 no primeiro mês, 32 no segundo e 44 no terceiro

mês) tendo em conta que nosso município não conta com laboratório pelo SUS e a coordenação feita para esta intervenção pela secretaria de saúde com o laboratório do município vizinho não se cumpriu, vezes por falta de transporte e outras por falta de gestão administrativa.

A equipe considerou que o indicador referente a solicitação de exames dos idosos requeria muito para a meta de cumprimento na realização dos mesmos, que ajudaria a avaliar não só a saúde dos idosos mas também o nível de efetividade do sistema de saúde no município.

Meta 5 Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos

Indicador 5: Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Analisando que nossa população alvo é muito carente trabalhamos para alcançar a compensação de 104 idosos que representam 69.8% de idosos, sendo 33 no primeiro mês, 60 no segundo e 104 no terceiro mês com os medicamentos oferecidos na farmácia popular. Entretanto esse indicador não se cumpriu em 100% pois os medicamentos garantidos pela secretaria de saúde ficaram em falta por problemas legislativos e muitos não se trasladam pelas largas distancias a procurá-los na farmácia popular. Apenas um grupo de medicamentos é liberado, tendo necessidade de outros grupos farmacêuticos como os anticálcicos para obter adequado controle, entre outros.

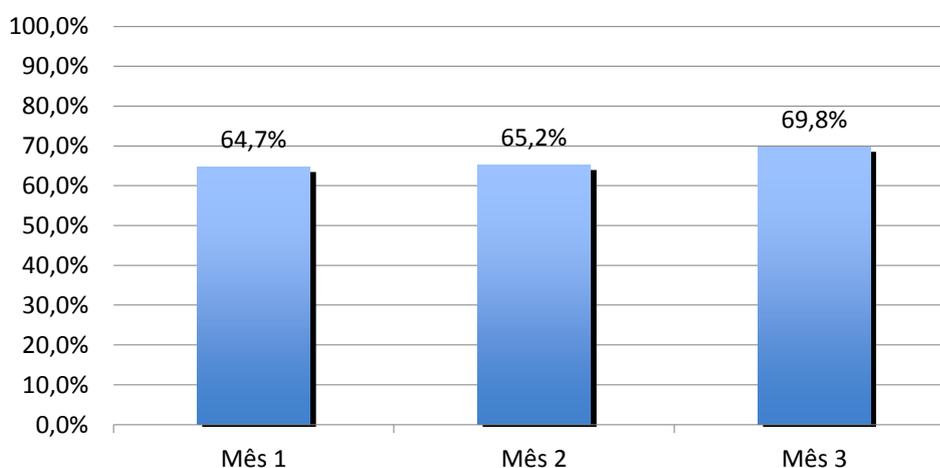


Figura 2 Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada na UBS Caiçara, Matias Olímpio PI, 2015

Meta 6. Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Indicador 6: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

O número de idosos reconhecidos e cadastrados no início da intervenção acamados ou com problemas de locomoção eram só 7 no primeiro mês, número que foi incrementado com 6 totalizando 13 no segundo mês e mais 11 no terceiro mês, totalizando 24 idosos. Depois das visitas de mapeamento e reconhecimento da área da abrangência, constituindo 100% nos 3 meses de intervenção. Outro dos benefícios desta intervenção que foi sair das portas da UBS e chegar até os lares para dar atendimento, apoio, educação e reabilitação a este grupo alvo.

Meta 7. Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Indicador 7: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.

Alcançou-se 100% de visitas domiciliares planejadas e executadas (7 no primeiro mês, 11 no segundo e 24 no terceiro mês). É notável sinalizar que os familiares ou acompanhantes dos idosos acamados ou com problemas de locomoção se mostraram muito interessados e dispostos a ajudar a melhorar a qualidade de vida deles, também temos que elogiar o trabalho desempenhado pela comunidade que nos acolheu como uma grande família e ao motorista da equipe que desenvolve um papel de vanguarda, disposto sempre a chegar e levar nossos serviços e aos lugares mais intrincados e de difícil acesso.

Meta 8. Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Indicador 8: Proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta

O rastreio de HAS nos 100% dos idosos foi atingido nos três meses de intervenção, e para isso se realizou uma campanha educativa, pelo micro áreas, guiadas pelo ACS e líderes comunitários de saúde escolhidos pela comunidade que

divulgaram e explicaram a necessidade de vir as consultas sem beber café, sem ingestão de álcool, visando minimizar causas externas que nos levaram a um diagnóstico errado, também se determinou pela equipe a verificação de pressão arterial com o esfigmomanômetro de 51 idosos no primeiro mês, 41 no segundo e 57 no terceiro para um total rastreado de 149 usuários maiores de 60 anos evitando o uso do aparelho digital como garantia de melhor controle.

Meta 9. Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para DM.

Indicador 9: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

De igual maneira se realizou pesquisa para diabetes mellitus nos 100% de idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial. Mas tendo em conta a incidência de casos de diabetes mellitus no município, a secretaria de saúde garantiu material disponível para atingir 100% de idosos cadastrados na intervenção, identificando 3 casos novos sem diagnóstico de doença crônica e 2 hipertensos com diabetes associadas, o que nos elevou a porcentagem de idosos diabéticos na área. Este fato foi amplamente debatido e analisado pela equipe multidisciplinar onde uma das causas de maior peso foram os hábitos nutricionais e traçaram-se estratégias paralelas à intervenção encaminhadas a mudar estilos de vida garantindo uma qualidade na saúde.

Meta 10. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Indicador 10: Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Nossa intervenção iniciou se numa etapa de florescimento da equipe, pois tinha sido feita a reconstrução da UBS com salas bem acolhedoras e equipadas, capaz de garantir um atendimento de qualidade. Soma-se também a integração da equipe odontológica que trabalhava só os casos de atendimento de urgências no hospital, e graças á intervenção se conseguiu consolidar o trabalho em equipe, se planejaram atividades no cronograma de trabalho coordenado avaliando as necessidades de atendimento odontológico em 100% dos idosos nos três meses de intervenção.

Meta 11. Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Indicador 11: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

Atingir a meta de realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos foi cumprida, tivemos dificuldade no segundo mês com 1 idoso que negou-se a comparecer a consulta, mas a equipe visitou seu lar e explicou a importância de ter uma saúde bucal adequada agendando sua consulta num terceiro mês reafirmando que o trabalho em equipe garanta a qualidade da atenção.

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

Meta 12. Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Indicador 12: Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa.

Como todo trabalho investigativo, a intervenção precisou para atingir a meta de 100% de avaliação dos idosos, de realizar busca ativa aos que faltaram as consultas agendadas, nesse trabalho o papel dos ACS desenvolveram uma atividade educativa e promocional muito boa que junto as atividades de educação de saúde nas comunidades ajudou a atingir a meta responsabilizando à família como célula básica no cuidado de sua saúde. No primeiro mês, 9 idosos estavam faltosos e foram visitados. No segundo mês, 1 idoso recebeu busca ativa (100%), finalizando no terceiro mês com 2 idosos.

Objetivo 4 : Melhorar o registro das informações

Meta 13. Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Indicador 13: Proporção de idosos com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia.

Aos 100% dos idosos cadastrados na área se preencheu seu prontuário de saúde como ficha individual de acompanhamento de registro da unidade básica. Nela se anexou a ficha de acompanhamento espelho considerada muito prática e fácil de trabalhar para a avaliação de risco e quanto a necessidade de atendimento do idoso, permitindo assim uma melhor organização e controle deste grupo etário.

(51 no primeiro mês, 92 no segundo e 149 no terceiro mês, correspondendo a 100% nos três meses de intervenção).

Meta 14. Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

Indicador 14: Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

A secretaria de saúde providenciou uma elevada quantidade de cadernetas de saúde da pessoa idosa que atingiram a cifra cadastrada, ficando de reserva para os casos novos, analisando que o trabalho de atenção à família é dinâmico e renovador. 100% dos idosos da nossa área usam a caderneta e o cartão de SUS como documentos imprescindíveis para o agendamento e assistência a qualquer atividade de saúde na que participem. (51 no primeiro mês, 92 no segundo e 149 no terceiro mês, correspondendo a 100% nos três meses de intervenção).

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

Meta 15. Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Indicador 15: Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.

Os fatores de risco para as doenças e mortes prematuras são importantes para a elaboração de condutas preventivas. Dentre os fatores de risco analisados, a idade é considerada o melhor indicador de risco de morrer, pois a probabilidade de adquirir alguma doença crônica ou incapacidade aumenta com a idade. Como também diminuem, progressivamente, a capacidade e as reservas funcionais, aumentando a suscetibilidade aos problemas de saúde e, conseqüentemente, a possibilidade de morte.

Atingiu-se a meta dos 100% dos idosos avaliados para risco de morbimortalidade. (51 no primeiro mês, 92 no segundo e 149 no terceiro mês, correspondendo a 100% nos três meses de intervenção).

Meta 16. Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Indicador 16: Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia

Nossa população, igual que o pai e o mundo têm apresentado um envelhecimento progressivo de sua população, isto é devido, principalmente, a um aumento significativo da esperança de vida e a diminuição importante da fecundidade.

Falamos de idoso frágil quando nos encontramos frente a uma pessoa que necessita ser cuidada por varias coisas. Padece de enfermidades crônicas muito evolucionadas e com tendência á incapacidade.

A velhice não é uma doença e sim uma condição biológica que requer de enfrenta-a com o mínimo de invalides e a melhor qualidade, e para isso se realizou avaliação dos 100%.de idosos para fragilização na velhice. (51 no primeiro mês, 92 no segundo e 149 no terceiro mês, correspondendo a 100% nos três meses de intervenção).

Trabalhou-se em união com os familiares ou cuidadores dos idosos para conhecer sinais de fragilidade e poder reduzi-as ou evita-as. Na realidade, a este coletivo não se pode pôr uma idade, porque um idoso pode ser frágil aos 65 anos ou chegar até os 90 sem sê-lo.

Meta 17. Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

Indicador 17: Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia.

Uns dos aspectos mais importantes no estudo tem sido precisamente fragilidade do idoso e sua relação intensa, firme e constante com os fatores sócio-demo-gráficos negativos. Os anciãos em risco se agrupam dentro de grupos sociais de muita avançada idade, baixos ingressos, baixo nível educativo, solidão e ausência de cuidadores. No primeiro mês se trabalhou com a comunidade para conhecer os aspectos sociais e poder realizar uma avaliação da rede social deste grupo etário em 49 idosos, valor que se incrementou a 100% na medida em que a intervenção adiantou e comprometemos na tarefa á família e á comunidade (92 no segundo e 149 no terceiro mês, correspondendo a 100% nos dois últimos meses de intervenção).

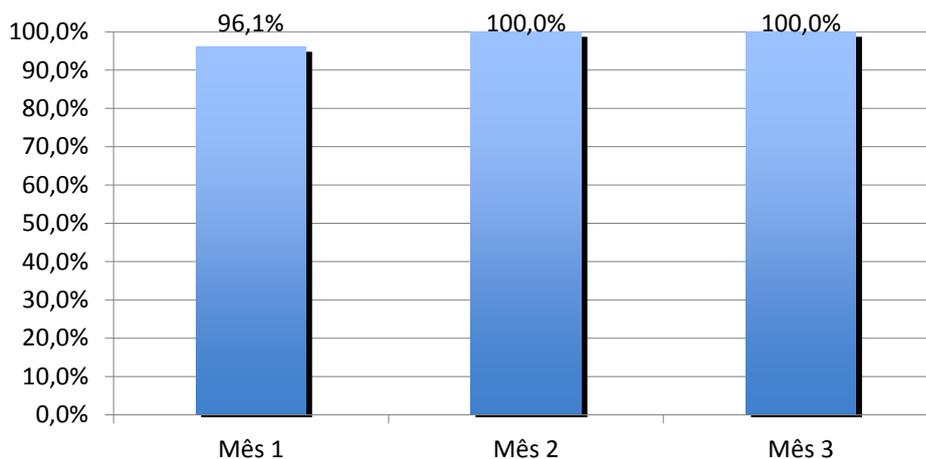


Figura 3 Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia na UBS Caiçara, Matias Olímpio PI, 2015

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos

Meta 18. Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Indicador 18: Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis

Os fatores de risco para as doenças e mortes prematuras são importantes para a elaboração de condutas preventivas. Hoje em dia, sabemos que os aspectos da nutrição e alimentação dos nossos mais velhos, exigem um olhar abrangente sobre a saúde oral, prevenção do isolamento, da solidão, da incerteza e da fragilidade econômica, da depressão e discriminação pela idade, e sobre os aspectos negativos do mau trato social e tantas vezes pelos mais próximos, sem respeito pela dignidade humana..

Nossa equipe multidisciplinar direcionou o trabalho com o objetivo de abrir uma janela para novas mentalidades, positivas, através de atividades de promoção e educação para capacitar mais as pessoas de nossa comunidade, em qualquer idade, que podem fazer muito pelas suas próprias vidas, e pela dos outros, melhorando a sua alimentação e nutrição e sendo um exemplo de alimentação saudável para os netos e toda a família, amigos, comunidade e sociedade. Neste aspecto se possibilitou orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas. (51 no primeiro mês, 92 no segundo e 149 no terceiro mês, correspondendo a 100% nos três meses de intervenção).

Meta 19. Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Indicador 19: Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física

O risco de inúmeras patologias associadas ao envelhecimento pode ser minimizado por uma intervenção adequada ao nível dos estilos de vida, nomeadamente da alimentação/nutrição e atividade física.

A prática da atividade física pode controlar e até mesmo evitar alguns sintomas de doenças, dentre os benefícios dos exercícios, pode-se destacar menor probabilidade de disfunções cardiovasculares, como aumento do consumo máximo de oxigênio, redução da pressão arterial e frequência cardíaca em repouso, diabetes, osteoporose, depressão e ansiedade. A prática de exercício físico, além de combater o sedentarismo, contribui de maneira significativa para a manutenção da aptidão física do idoso.

A atividade física influenciou na autonomia a 100% dos idosos, tendo em conta que aos idosos acamados o com problemas de locomoção se lhe orientaram a pratica ativa e passiva com ajuda dos cuidadores de exercícios reabilitadores, eles começaram a realizar atividades que a muito não realizavam, podendo se tornar assim uma pessoa independente ou com maior validez. (51 no primeiro mês, 92 no segundo e 149 no terceiro mês, correspondendo a 100% nos três meses de intervenção).

Percebermos que a atividade física regular e a adoção de um estilo de vida ativa são necessárias para a promoção da saúde e qualidade de vida durante o processo de envelhecimento. Pessoas idosas que pôr algum motivo, não tiveram a chance ou motivação para praticarem algum esporte durante seu período de juventude, poderem desfrutar dos benefícios da atividade física sendo o trabalho de fortalecimento muscular importante não só para a diminuição do declínio de déficit motor quanto para a melhora da auto-estima do idoso, causada pela independência funcional que a atividade física lhes propicia.

Meta 20. Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

Indicador 20: Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Apesar de não existirem doenças bucais relacionadas diretamente à velhice, alguns problemas, como a diminuição da capacidade mastigatória, a dificuldade de deglutição, a secura na boca, as modificações no paladar e a perda de dimensão vertical (espaço medido da base do nariz à ponta do queixo quando os dentes estão cerrados, com a boca fechada) têm efeitos cumulativos negativos e prejudiciais para o indivíduo.

Todos os idosos foram orientados sobre os cuidados de sua saúde bucal (50 no primeiro mês, 92 no segundo e 149 no terceiro, correspondendo a 100% nos três meses de intervenção).

Dentro dos principais problemas detectados encontram-se as cáries dentárias que mostrou grande prevalência dessa doença. O número de dentes hígidos e o percentual de pessoas endentadas revelam não só a condição de muitas perdas dentárias, como o tipo de serviço odontológico prestado a essas pessoas, deixando claro que o tratamento restaurador falhou ou não chegou a existir.

4.2 Discussão

O projeto de intervenção em saúde do idoso na área de abrangência da UBS Caiçara representou um grande impacto social, propiciou a implementação do programa de saúde do idoso que não estava sendo cumprido, ampliou a cobertura da atenção à população com idade acima de 60 anos, melhorou os registros e a qualificação da atenção com destaque para a avaliação multidimensional e a classificação de risco de morbimortalidade nesta faixa etária.

Permitiu a realização de atividades para monitoramento de doenças crônicas, atendimentos e consultas decorrentes de doenças agudas, atividades em grupo, busca ativa e atendimento odontológico. Melhorou a assistência domiciliar garantindo mudanças no modo e estilo de vida dos idosos.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento do Programa de saúde dos idosos, promoveu o

trabalho integrado da equipe (da médica, da enfermeira, da técnica de enfermagem, do odontólogo, da auxiliar de saúde bucal e dos ACS), além de Inter-relacionar os profissionais do NASF garantindo um melhor atendimento da população alvo.

Durante a intervenção foram distribuídas as tarefas de maneira que se vinculasse o profissional à prática. Cada profissional executou ações em separado, porém buscando, constante e continuamente, articular às ações integrais realizadas pelos demais integrantes da equipe do trabalho.

Os ACS atualizaram o cadastro e objetivaram a assistência do idoso às consultas agendadas participaram da busca ativa das faltosas e interagiram com os idosos e cuidadores para conscientizá-los da necessidade da estratégia de intervenção além de que ofereceram atividades de educação para a saúde.

A técnica de enfermagem realizou acolhimento e classificação das necessidades de atendimento, realizou procedimentos de enfermagem: medição antropométrica, pesquisa de sinais vitais com dosagem de glicemia segundo as necessidades; providenciou a documentação necessária para o desenvolvimento da avaliação e monitorou o sistema de registro. A enfermeira teve a responsabilidade na detecção, monitoramento, tratamento e prevenção de doenças crônicas, assim como na promoção da saúde na UBS e comunidade além de que manteve atualizadas as informações do SIAB e participou no processo de avaliação integral.

A médica responsável da intervenção ofereceu seguimento do idoso frágil para avaliações clínicas e detecção de riscos de morbimortalidade, planejou e desenvolveu ações de trabalho e políticas de saúde na área, realizou exame clínico integral, com apoio dos profissionais do NASF que identificaram os riscos biopsicosociais nos idosos, seus hábitos nutricionais, as necessidades de prática de exercícios físicos, assim como se identificaram os riscos de fragilidade na velhice, e a equipe odontológica explicou a importância de uma higiene bucal saudável com avaliação da mesma. Reforçando-se assim a correlação entre prevenção de doenças, vigilância e promoção da saúde e integralidade do cuidado, de forma a culminar no modelo de atenção da ESF e na sua articulação com o NASF com o objetivo de ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na ESF, também se coordenaram ações com integrantes da liderança da comunidade.

Antes da intervenção, as atividades de atenção à população idosa não tinham a sistematização e a qualidade requerida. A UBS tinha um profissional médico para avaliar a população da área de abrangência com uma frequência semanal, e as

ações de saúde a população contava somente com avaliação de enfermagem. A ideia de que os cuidados dispensados na Atenção Básica são simples há muito deixou de ser realidade.

Com o programa Mais médico para o Brasil essa realidade mudou, o trabalho se concentrava mais na atenção clínica sem conceber tempo para as atividades de educação, promoção, prevenção e reabilitação. Embora resgatássemos muitos atendimentos, o programa do idoso não estava concebido nos cronogramas de trabalho, só avaliávamos os idosos portadores de doenças e antes da intervenção as atividades de atenção a Hipertensão e Diabetes eram concentradas do profissional médico.

A população idosa só tinha acompanhamento das doenças crônicas, não tinha avaliação multidimensional rápida e o manejo das doenças não tinham um enfoque preventivo. A intervenção melhorou o fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, humanizou a assistência médica. Permitiu o levantamento de informações necessárias e a tomada de ações de saúde tendo em conta as condições individuais da população alvo.

A ação na Atenção Básica, principal porta de entrada do sistema de saúde, inicia-se com o ato de acolher, escutar e oferecer resposta resolutiva para a maioria dos problemas de saúde da população, minorando danos e sofrimentos e responsabilizando-se pela efetividade do cuidado.

O impacto da intervenção na comunidade foi importante, pois buscou ampliar a capacidade de autonomia do idoso e suas relações com o meio social, reforçar os cuidados domiciliares aos idosos trabalhando com os cuidadores. A visita domiciliária permitiu conhecer a realidade dos idosos que não procuram os serviços de saúde porque estão debilitados e fragilizados.

A organização do trabalho, a criação de todos os prontuários, a melhoria do registro e o agendamento dos idosos viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea. A classificação de risco na velhice tem sido crucial para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos, propiciando relações de vínculo, afetividade e confiança entre pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, sendo que estes passam a ser referência para o cuidado, garantindo a continuidade e a resolutividade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado.

A intervenção permitiu um amplo nível de informação da população e capacitar progressivamente os membros das comunidades e promover modos e estilos de vida saudáveis. Foi promovida a sistematização nas sessões de educação para a saúde demonstrando a necessidade da participação comunitária no cumprimento dos programas de saúde.

A intervenção poderia ter sido facilitada com a análise integral da situação de saúde da população idosa, com a identificação de doenças, riscos e agravos individuais, o que facilitaria estabelecer as prioridades de avaliação e reavaliação. Trabalharia para promover parcerias que garantem uma melhor qualidade na atenção a saúde do idoso, articulando as diferentes estruturas de apoio a saúde.

Necessita garantir uma informatização com qualidade das UBS que permita uma boa coleta de dados e um processamento adequado das informações garantindo a sistematização do processo. Capacitar os profissionais da saúde no programa de saúde do idoso e em técnicas participativas. Identificar os profissionais de saúde de referência para o complemento da avaliação (geriatras).

A intervenção será incorporada a rotina do serviço. Para isto, vamos resgatar as ações de prevenção e promoção da saúde, priorizando a capacitação dos recursos humanos; adequar os prontuários para coletar as informações que permitam uma melhor avaliação da população alvo; adaptar os procedimentos de assistência e de acolhimento às características das micro-áreas levando em conta os recursos necessários para responder de forma flexível às necessidades de saúde dos idosos e suas famílias.

O cuidar em saúde envolve conhecer sua população e ofertar a ela uma assistência digna e de qualidade. O idoso, como qualquer outro grupo etário, merece atenção dos profissionais de saúde com desenvolvimentos de projetos e sistematização de cuidados.

Sugere-se que para atender melhor as pessoas idosas e ao resto da população é necessária a entrega sistemática em nosso trabalho dia a dia.

5 Relatório da intervenção para gestores

Os cuidados de saúde primários constituem de fato a principal porta de entrada no sistema de saúde, e são responsáveis por grande parte dos problemas de saúde dos indivíduos, famílias e comunidades. São os primeiros que fazem a avaliação da saúde individual e coletiva e podem modificar modos e estilos de vida. Por meio da definição do número de pessoas a serem atendidas, as Equipes Saúde da Família estabelecem ligação com a população, possibilitando o compromisso e a co-responsabilidade destes profissionais com os usuários e a comunidade

O projeto de intervenção em saúde do idoso desenvolvido na área de abrangência da UBS Caiçara permitiu a contribuição no processo de capacitação de grupos e comunidades e a prevenção de doenças. Facilitou a colaboração com outras instituições, melhorou a integralidade nas visitas domiciliares, possibilitou realizar intervenções junto as família e a comunidade além de melhorar a qualidade de vida da população. Na intervenção participaram 149 idosos acima de 60 anos, identificados 93 portadores de doenças crônicas como HAS e DM destes, 9 foram captados durante a intervenção possibilitando uma melhor compensação de suas doenças e melhorando a qualidade de vida dos idosos. Sistematizaram-se as visitas domiciliares aos 24 usuários acamados ou com problemas de locomoção, avaliando-os integralmente. Os participantes foram avaliados pela equipe multiprofissional com a identificação de riscos, fragilidade, necessidade de atendimento odontológico e encaminhamento a outras especialidades. Ao longo da intervenção foram proferidas atividades educativas quinzenais com nutricionista, médico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo e preparador físico interagindo com a comunidade, ensinando sua responsabilidade na tomada de suas decisões.

No desenvolvimento do projeto foi importante à garantia do meio de transporte que facilitou o deslocamento da equipe da UBS, a realização das visitas domiciliares e o traslado dos idosos, com problemas para se locomover até a UBS. A realização de exame laboratorial aos idosos coordenada pelos gestores ajudou na qualidade da intervenção embora não foi cumprido em sua totalidade.

Para obter melhoras na qualidade de vida da população é essencial o envolvimento, o empenho e a vontade de todas as estruturas da comunidade, e considera-se fundamental o funcionamento dos conselhos de saúde, e a criação de um laboratório clínico municipal, além de garantir acesso aos serviços de eletrocardiografia, ultrassonografia e mamografia que permitam avaliar os riscos no total da população que em sua maioria tem baixos recursos econômicos e não podem acessar aos serviços particulares. Prover as unidades de saúde com equipamento de apoio para a realização das atividades de promoção de saúde e informatizá-las tem por objetivo melhorar a coleta de dados, usada na análise da situação de saúde da comunidade. A educação permanente (utilizando instrumentos de educação à distância para viabilizá-la) para a capacitação e atualização dos profissionais das equipes de saúde da família garantirá a melhora na qualidade da saúde.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

No período de Janeiro a Maio de 2015, realizamos nesta comunidade uma intervenção, que teve como objetivo melhorar a atenção aos idosos residentes nesta localidade. A necessidade da intervenção surgiu a partir de um estudo que foi proposto no curso de Especialização em Saúde da Família da UFPel. Requereu o envolvimento de todos os profissionais, o que exigiu a necessidade de implementar e articular medidas para assegurar que todos os usuários que procurassem o sistema de saúde recebessem um tratamento igual e culturalmente adequado às suas necessidades específicas.

Para a obtenção de resultados satisfatórios da intervenção na comunidade, a equipe da ESF de Caiçara trabalhou na priorização de ações de promoção, educação, prevenção e recuperação da saúde das pessoas idosas incluindo seus familiares, cuidadores e o resto da comunidade de maneira contínua e integral tanto na unidade de saúde como nas suas casas. Para isso foi preciso conhecer as suas necessidades, identificadas a partir de questionários utilizados com moradores da comunidade, gestores e profissionais de saúde.

A participação dos 149 idosos na intervenção foi voluntária, explicando-lhes que o principal objetivo era melhorar a atenção à saúde dos idosos com idade acima de 60 anos. A avaliação detalhada foi realizada através da consulta com vários profissionais, que identificavam os principais problemas de saúde e as suas causas, facilitando um controle adequado das doenças assim como os encaminhamentos a outras especialidades.

A intervenção foi incorporada á rotina do serviço. Embora houvesse dificuldades no inicio da intervenção, conseguimos avaliar integralmente 149 idosos, sendo 93 identificados com HAS e/ou DM. Nessa faixa etária 24 idosos são

acamados ou com problemas para se locomover, e foram visitados e avaliados nas suas casas. A identificação das necessidades de atendimento odontológico, avaliação da rede social, avaliação da fragilização na velhice e as atividades de educação para a saúde foram feitas a todos os participantes na intervenção. A assistência médica ao idoso saudável foi necessária para orientar na busca de promoção da saúde e na prevenção de doenças.

Esperamos com esta intervenção, melhorar o vínculo entre os profissionais de saúde e a população, tendo como principal objetivo a melhoria da qualidade de vida da população desta comunidade.

Portanto, gostaria de agradecer a toda a comunidade pela participação nesta intervenção e por ter confiado no nosso trabalho. Sabemos que com esta intervenção, os atendimentos inicialmente foram um pouco demorados, mas há necessidade de uma avaliação completa e minuciosa da população idosa. Estas ações terão continuidade, pois foram integradas à nossa rotina de trabalho.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

No início da intervenção encontramos muitas limitações objetivas e subjetivas que impediam o bom desenvolvimento da investigação. O município é carente economicamente e não conta com infraestrutura em saúde que garanta a qualidade dos serviços. Mas o curso nos ofereceu as ferramentas necessárias para a organização e o planejamento das atividades, com ele a equipe se integrou com inclusão da equipe odontológica e traçaram-se atividades conjuntas encaminhadas a promover saúde na comunidade. Também nossa inserção na mesma foi um elemento crucial para o bom desenvolvimento da investigação.

A fiscalização dos gestores quase nula sem identificação do diagnóstico de prioridades de atendimento em saúde repercutiu no não cumprimento do programa de saúde dos idosos na área abrangente de Caiçara. A identificação deste problema levou a um diagnóstico aos gestores municipais para garantir os recursos e meios necessários para seu cumprimento.

Embora as mudanças precisassem de tenacidade e perseverança dos integrantes da equipe, os resultados obtidos ocorreram devido à luta, a divulgação, as atividades educativas, o apoio dos líderes comunitários, o trabalho respeitável da equipe multiprofissional, que foram decisivos na intervenção. Ainda, a distribuição de tarefas entre os profissionais da equipe resultaram em um serviço integral de qualidade.

Os idosos de maneira voluntária participaram da intervenção até o final; a vinculação dos gestores e da comunidade repercutiu nisso junto à valorização das atividades de promoção e prevenção de saúde, além da educação e capacitação permanente dos profissionais de saúde e o protagonismo da comunidade.

Como Profissional em saúde o curso me possibilitou a via para me inter-relacionar com a equipe e com a comunidade, e além de estar muito bem estruturado, nos atualizou em temas de grande utilidade em nossa vida diária. As práticas clínicas fizeram com que procurássemos novamente os livros e atualizássemos conceitos. Também a iniciativa do diário de intervenção permitiu uma forma de organização do ensino de forma que nossas ideias e sentimentos fossem descritos com sinceridade. Como Especialista de Medicina Geral Integral me senti a fim e estimulada com o curso que ofereceu um lugar importante á medicina preventiva vista de maneira integral unido aos usuários e à comunidade.

Considero o fato mais relevante desta intervenção a incorporação deste processo de trabalho á rotina do serviço, além de obter a confiabilidade e credibilidade da comunidade que requer a atenção primaria como a principal porta de entrada ao sistema de saúde.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à Demanda Espontânea**: queixas mais comuns na Atenção Básica, Brasília: Ministério da Saúde, 2012 a. 291 P.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Criança**: crescimento e desenvolvimento. Brasília Ministério da Saúde 2012 b. 273 p.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 a. 114 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 b. 192 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- **IBGE**. Censo 2010. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acesso em: 16 de abril de 2012.

MORAES, E.N. **Atenção à saúde do idoso**: Aspectos Conceptuais. 1.^a edição – 2012. Disponível em: www.apsredes.org/.../uploads/2012/05/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf

BODSTEIN, A; AZEVEDO, V. V; ABREU, A. **A Vulnerabilidade do idoso em situações de desastre**: Necessidade de uma politica de resiliência eficaz. 2012. Disponível em: www.scielo.br/pdf/asoc/v17n2/a11v17n2.pdf.

Apêndices



Figura 4: Apêndice A – UBS Caiçara, Matias Olímpio PI, 2015



Figura 5: Apêndice B – Povoado Caiçara, Matias Olímpio PI, 2015



Figura 6: Apêndice C – Inauguração do projeto Saúde dos idosos com os gestores municipais, Matias Olímpio PI, 2015



Figura 7: Apêndice D –: Reunião de planejamento da ESF Caiçara, Matias Olímpio PI, 2015



Figura 8: Apêndice E – Avaliação clínica do idoso na UBS Caiçara, Matias Olímpio PI, 2015



Figura 9: Apêndice F –: Avaliação odontológica do idoso na UBS Caiçara, Matias Olímpio PI, 2015.



Figura 10: Apêndice G –: Avaliação clínica em micro área distante do idoso. Escola de Buriti da UBS, Caiçara, Matias Olímpio PI, 2015.



Figura 11: Apêndice H – Visita domiciliar a idosos acamados da UBS Caiçara, Matias Olímpio PI, 2015.



Figura 12: Apêndice I – Atividade de Alongamento com educador físico do NASF e os idosos na UBS Caiçara, Matias Olímpio PI, 2015.



Figura 13: Apêndice J– Carro da equipe de trabalho durante visita domiciliar da UBS Caiçara, Matias Olímpio PI, 2015.



Figura 14: Apêndice K– A equipe de trabalho junto a ACS, em visita domiciliar Caiçara, Matias Olímpio PI, 2015



Figura 15: Apêndice L– Avaliação clínica aos idosos na igreja de Cajazeira micro área de Caiçara, Matias Olímpio PI, 2015.



Figura 16: Apêndice M– Atividade recreativa de conclusão do projeto com os idosos na UBS Caiçara, Matias Olímpio PI, 2015.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo B - Planilha de coleta de dados

| | | | |
|---|--|---|--|
| Número total de idosos (adultos de 60 ou mais anos de idade) residentes na área | 163 | → | OBSERVAÇÕES Considere apenas os idosos residentes na área de abrangência da unidade de saúde. Você pode obter este dado do cadastramento do SIAB ou, se não puder obter este dado diretamente, pode usar uma estimativa - ver observações para a célula C20. |
| Número total de idosos residentes na área e acompanhados no programa de Saúde do Idoso | Mês 1: 51, Mês 2: 92, Mês 3: 149, Mês 4: | → | OBSERVAÇÕES Considere apenas os idosos residentes na área de abrangência da unidade de saúde que frequentam o Programa de Saúde do Idoso. Você pode obter este dado contando as fichas do Programa / fichas espelho / fichas sombra. Se você não tem um Programa de Saúde do Idoso instalado em sua unidade de saúde, considere os idosos que são atendidos em sua unidade de saúde. Você pode localizar estes idosos a partir das Fichas de Atendimento Ambulatorial (FAA) ou Livro de registro dos atendimentos da unidade de saúde. |
| Número total de idosos residentes na área que estão acamados | Mês 1: 7, Mês 2: 13, Mês 3: 24, Mês 4: | → | Digite aqui o número de idosos acamados ou com dificuldade de locomoção de acordo com sua realidade. Se não souber, pode usar uma estimativa, um número aproximado, obtido abaixo, na célula C25. Se usar esta estimativa, lembre-se de |
| *Estimativa de idosos no território | | | |
| População total | 1632 | → | Digite a população total nesta célula de acordo com sua realidade e a estimativa de idosos será calculada automaticamente e mostrada na célula C22. Utilize este número se você não dispõe de dados cadastrais. Lembre-se que você precisa de um denominador (real ou estimado) para o cálculo dos indicadores. |
| Estimativa de idosos (10% da população total) | 163 | → | Este seria o número total estimado de idosos residentes no território, utilizado para os indicadores. Utilizou-se uma estimativa de 10% da população total da área. |

| | | | |
|---|--|---|--|
| Número total de idosos (adultos de 60 ou mais anos de idade) residentes na área | 163 | → | OBSERVAÇÕES Considere apenas os idosos residentes na área de abrangência da unidade de saúde. Você pode obter este dado do cadastramento do SIAB ou, se não puder obter este dado diretamente, pode usar uma estimativa - ver observações para a célula C20. |
| Número total de idosos residentes na área e acompanhados no programa de Saúde do Idoso | Mês 1: 51, Mês 2: 92, Mês 3: 149, Mês 4: | → | OBSERVAÇÕES Considere apenas os idosos residentes na área de abrangência da unidade de saúde que frequentam o Programa de Saúde do Idoso. Você pode obter este dado contando as fichas do Programa / fichas espelho / fichas sombra. Se você não tem um Programa de Saúde do Idoso instalado em sua unidade de saúde, considere os idosos que são atendidos em sua unidade de saúde. Você pode localizar estes idosos a partir das Fichas de Atendimento Ambulatorial (FAA) ou Livro de registro dos atendimentos da unidade de saúde. |
| Número total de idosos residentes na área que estão acamados | Mês 1: 7, Mês 2: 13, Mês 3: 24, Mês 4: | → | Digite aqui o número de idosos acamados ou com dificuldade de locomoção de acordo com sua realidade. Se não souber, pode usar uma estimativa, um número aproximado, obtido abaixo, na célula C25. Se usar esta estimativa, lembre-se de |
| *Estimativa de idosos no território | | | |
| População total | 1632 | → | Digite a população total nesta célula de acordo com sua realidade e a estimativa de idosos será calculada automaticamente e mostrada na célula C22. Utilize este número se você não dispõe de dados cadastrais. Lembre-se que você precisa de um denominador (real ou estimado) para o cálculo dos indicadores. |
| Estimativa de idosos (10% da população total) | 163 | → | Este seria o número total estimado de idosos residentes no território, utilizado para os indicadores. Utilizou-se uma estimativa de 10% da população total da área. |

Planilha de coleta de dados final_Idalys [Modo de Compatibilidade]

| INDICADORES (%) | | | | | |
|-----------------|---|--------|--------|--------|---------|
| | | Mês 1 | Mês 2 | Mês 3 | Mês 4 |
| 1.1 | Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde | 31,3% | 56,4% | 91,4% | 0,0% |
| | Numerador: número de idosos residentes na área de abrangência cadastrados no programa | 51 | 92 | 149 | 0 |
| | Denominador: Número total de idosos residentes na área de abrangência da unidade de saúde | 163 | 163 | 163 | 163 |
| | | | | | |
| 2.1 | Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida | 100,0% | 100,0% | 100,0% | #DIV/0! |
| | Numerador: Número de idosos com avaliação multidimensional rápida em dia | 51 | 92 | 149 | 0 |
| | Denominador: Número de idosos cadastrados no Programa | 51 | 92 | 149 | 0 |
| | | | | | |

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

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

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

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Assinatura do declarante