

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



Trabalho de Conclusão de Curso

Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na Equipe de Saúde da Família Municipal de
Bento Gonçalves/RS

CaridadLizetteLLabres Hernandez

Pelotas, 2015

CaridadLisetteLLabres Hernandes

**Atenção à Saúde do Idoso na Equipe de Saúde da Família Municipal Bento
Gonçalves/RS**

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

Orientador: Ana Paula Belini

Pelotas, 2015

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

H557a Hernandez, Caridad Lizette Llabres

Atenção à Saúde do Idoso na Equipe de Saúde da Família
Municipal Bento Gonçalves/RS / Caridad Lizette Llabres Hernandez;
Ana Paula Belini, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

92 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. Belini, Ana Paula, orient. II.
Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

À minha família, por sua capacidade de acreditar

Agradecimentos

Agradeço em primeiro lugar a Deus que iluminou o meu caminho durante esta caminhada.

À minha família, por sua capacidade de acreditar. Mãe seu exemplo e dedicação foi o que me deu, em alguns momentos, a esperança para seguir. Filhos sua presença significou segurança e certeza de que não estou sozinha nessa caminhada.

À Claudimar pessoa com quem amo partilhar a vida. Com você tenho me sentido mais viva de verdade. Obrigada pelo carinho, a paciência e por sua capacidade de me trazer paz na correria de cada dia.

Aos meus amigos, pelas alegrias, tristezas e dores compartilhadas. Com vocês, as pausas entre um parágrafo e outro de produção melhora tudo o que tenho produzido na vida.

Agradeço à minha professora orientadora Ana Paula Belini que teve paciência e que me ajudou bastante a concluir este trabalho, agradeço também a todos os professores do curso, que foram tão importantes na minha vida acadêmica e no desenvolvimento deste trabalho.

Resumo

LLABRES, CaridadLizette, Atenção à Saúde do Idoso na Equipe de Saúde da Família Municipal Bento Gonçalves/RS. Ano. 2015. 86f.Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Ano.2015

A saúde para o indivíduo idoso se traduz mais pela sua condição de autonomia e independência que pela presença ou ausência de doença orgânica. Sendo que esta autonomia deve ser estimulada pela equipe de saúde. Desta forma a intervenção teve como objetivo a Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na Equipe de saúde da Família Municipal de Bento Gonçalves/RS, sendo importante para aumentar a qualidade da atenção a deste grupo de usuários, com vistas a um envelhecimento saudável, e melhorar os indicadores de saúde da população. A Unidade de Saúde Municipal tem uma população de 3.165 usuários aproximadamente, com mais de 60 anos são 184. Para guiar o cuidado foi adotado o protocolo do Ministério da Saúde Atenção à saúde Idosa Envelhecimento, Brasil, 2006. Para a coleta de dados foram utilizadas ficha espelho específica, bem como planilhas eletrônicas. A intervenção teve a duração de três meses com início em 05 de fevereiro a 11 de junho de 2015. Desta forma foi possível obter os seguintes resultados ao longo desta intervenção. No eixo monitoramento e avaliação foi possível monitorar a situação de saúde de 101 idosos cadastrados, cerca de 54,9%, bem como avaliar o risco em 100% deles. Na organização e gestão do serviço, pode-se melhorar a qualidade dos registros, para isto foi adotado uma ficha específica para cadastramento e acompanhamento dos idosos, foi possível realizar exame clínico apropriado, realizada avaliação multidimensional rápida, prescrição de medicamentos da farmácia popular, avaliação da necessidade de atendimento odontológico, registro na ficha espelho, avaliação de risco para morbimortalidade.Avaliação para fragilização na velhice e orientações nutricionais para hábitos saudáveis e prática de atividade física em 100% dos idosos cadastrados, registro na caderneta da pessoa idosa e 96,0% para avaliação odontológica. Foi realizado a organização por meio de uma agenda para os atendimentos, aliados aos atendimentos de demanda espontânea, todos os idosos que faltavam foram buscados pela equipe de saúde. No eixo engajamento público foi possível trabalhar a sensibilização da comunidade, bem como os familiares sobre a importância da equipe estar desenvolvendo este trabalho de priorização no cuidado para os idosos, através dos grupos de educação em saúde na comunidade. No eixo da qualificação da prática clínica foi possível capacitar todos os profissionais da equipe como base o protocolo de Saúde do Idoso do Ministério da Saúde. Concluiu-se que a intervenção foi avaliada como positiva pois conseguimos uma ótima meta de cobertura da atenção à saúde do idoso, assim como a intervenção será integrada a rotina diária do trabalho, visando nos próximos meses atingir os 100% preconizados. Desta forma, contribuiu para melhorar a atenção a saúde dos idosos, estabelecer vínculos entre a equipe e a comunidade assim como sensibilizou para a importância da saúde bucal no cuidado integral ao idosos.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.	61
Figura 2	Gráfico: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.	63
Figura 3	Gráfico: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.	65
Figura 4	Fotografia 1. Atendimento ao Idoso na Unidade de Saúde.	81
Figura 5	Fotografia 2. Visita Domiciliar.	82

Tabela de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária de Saúde
DM	Diabetes Mellitus
ESB -	Equipe de Saúde Bucal
ESF -	Equipe de Saúde da Família
ESB	Equipe de Saúde bucal
HAS	Hipertensão arterial
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de apoio a saúde da Família
RS	Rio Grande do Sul
SIAB	Sistema de informação de Atenção Básica.
SISVAN	Sistema de vigilância Alimentar Nutricional
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	20
2 Análise Estratégica	21
2.1 Justificativa	21
2.2 Objetivos e metas	23
2.2.1 Objetivo geral	23
2.2.2 Objetivos específicos e metas	23
2.3 Metodologia	24
2.3.1 Detalhamento das ações	25
2.3.2 Indicadores	47
2.3.3 Logística	47
2.3.4 Cronograma.....	55
3 Relatório da Intervenção.....	56
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	56
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	58
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	58
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	60
4 Avaliação da intervenção.....	61
4.1 Resultados.....	61
4.2 Discussão	61
5 Relatório da intervenção para gestores	72
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	76
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	79
Referências	81
Apêndices.....	83
Anexos.....	86

Apresentação

Este exemplar contempla o Trabalho de Conclusão de Curso exigido como requisito para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família, o qual descreve o processo de estruturação e qualificação do cuidado ofertado aos idosos pertencentes à área de abrangência da Unidade de Saúde da Família Municipal no município de Bento Gonçalves – RS. Teve início das atividades em 18 de julho de 2014 e término em 08 de agosto de 2015, a intervenção foi realizada em três meses, de 05 de fevereiro de 2015 a 11 de junho de 2015.

Ele está estruturado em 7 capítulos, sendo eles, Análise Situacional, Análise Estratégica contempla a justificativa, objetivos e metas, metodologia e o detalhamento das ações, indicadores, logística e cronograma de intervenção. Relatório da Intervenção contempla as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, as ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção. Avaliação da Intervenção contempla os resultados e a discussão. O relatório para o gestor e relatório para a comunidade. Reflexão Crítica sobre o processo pessoal de aprendizado.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Trabalho como médica no Programa Mais Médicos, sou médica cubana graduada 1986 e como especialista em medicina geral integral 1991, além, máster em Longevidade satisfatória no ano de 2010. Atualmente trabalho numa ESF (Estratégia de Saúde da Família) localizada no município de Bento Gonçalves no estado do Rio Grande do Sul.

A unidade de Estratégia de Saúde Municipal que trabalho tem uma equipe composta por médico especialista em saúde da família, dois enfermeiros generalista, três técnicos de enfermagem, 6 agentes comunitários de saúde, dois profissionais de saúde bucal, um técnico em saúde bucal e um auxiliar administrativo, além de um NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família) composto por um psicólogo, um educador físico, um nutricionista e um fisioterapeuta. Estes especialistas atendem em sala de vacina ou outra disponíveis, também contamos com um pediatra que atende na sexta-feira. As gestantes de alto risco são atendidas pelo Centro Materno e baixo risco pelo médico da família na Unidade Básica.

A carga horária é de 40 horas semanais e o médico 32 horas para atividades na equipe e 8 horas de estudo. Atende um número de pessoas de 3.072, sendo que 1.562 do sexo masculino e 1.510 de sexo feminino, um número de famílias estimadas de 827. O abastecimento de água redes pública 854 (98,50 %), poço nascente 13 (1,50%), tipo de casa a maioria tijolo/adobe 527 (60,8 %), madeira 237 (27,34%), destino de lixo coleta publica 848 (97,81%), queimado/enterrado 14 (1,61 %), energia elétrica 841 (97,00%).

As principais doenças são doenças crônicas não transmissíveis como hipertensão arterial (632 pessoas), diabetes mellitus (318 pessoas), doenças

cardiovasculares (304 pessoas), epilepsia (85 pessoas). As doenças transmissíveis de mais relevância é a tuberculoses com 4 casos, dois falecidos recentemente com diagnóstico após morte, situação muito preocupante, pessoas muito jovens de 36 e 50 anos. Hanseníase um caso. Também um grande número de doenças psiquiátricas em pessoas jovens, além de tratamentos abusivos com antidepressivos que criam grande dependência.

A assistência alicerçada na equipe multiprofissional torna-se um elemento de grande valia uma vez que a idéia interdisciplinar incorporada pela equipe que permite o atendimento de forma integral, tornando essa prática em particular a do acolhimento. Na Unidade de Saúde Municipal houve a reorganização do trabalho focada no acolhimento, revendo necessidades e prioridades realizando a classificação por risco evitando na medida do possível as filas por ordem de chegada.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Bento Gonçalves é um importante pólo industrial e turístico da serra gaúcha, destaca-se pela elevada pontuação em índice como IDH (Índice de Desenvolvimento Humano). O IDHM de Bento Gonçalves em 2014 é de 0.778, obtendo a 145ª posição a nível nacional e a 16ª posição no Estado. Com essa pontuação a cidade é classificada como de 'alto' desenvolvimento humano. Bento Gonçalves localiza-se na encosta superior do nordeste do Rio Grande Do Sul, que se conhece como capital Brasileira da uva e do vinho, com uma população de 120.000 habitantes.

O município conta com 19 UBS (Unidades Básicas de Saúde) e 11 destas são ESF (Estratégia de Saúde da Família), além de um hospital, um centro de referência materno infantil, centro de fisioterapia, espaço de idosos, PA (Pronto Atendimento) 24 horas, um CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas), CAPS II, e Unidade Central. Existe disponibilidade de atenção especializada, porém não conta com urologista, mas há uma boa disponibilidade de exames complementares, estes são realizados em laboratórios da secretaria de saúde, e outros são autorizados em laboratórios privados como o laboratório Ramiro Balcedo, Osvaldo Cruz onde fazem exames como culturas, clamídias entre outras. Na ESF Municipal a captação inicial das mulheres, sexualmente ativas, na idade que

contempla a realização de citopatológico e mamografia, se dá na visita domiciliar, esta realizada pelos agentes comunitários e pela enfermagem. A Unidade de Saúde mantém boas relações com as instituições de ensino, havendo disponibilidade para realização de visitas e estágios.

A unidade de Estratégia saúde da família onde trabalho ESF Municipal localiza-se na Rua Valdelirio Guerreiro Vaz, 50 no Bairro Municipal de Bento Gonçalves localizado no Estado de Rio Grande do Sul, sendo uma área urbana. O atendimento ocorre das 07 horas e 30 min às 11 horas e 30 min e das 13 horas e 30 min as 17 horas e 30 min. No Bairro Municipal existe 3089 habitantes distribuídas em 1586 masculinos e 1503 femininos com 871 famílias cadastradas, menores de um ano (43) de 1 a 4 (209), de 5 a 6 (99) de 7 a 9 (182) de 10a 14 (346) de 15 a 19 (329) de 20 a 39 (1074) de 40 a 49 (395) de 50 a 59 (228) e maior de 60 (184); existe uma só equipe de trabalho para uma população menor de 4,000 habitantes e contamos com uma estrutura completa de equipe de saúde.

Tem uma equipe composta por médico especialista em saúde da família, dois enfermeiros generalistas, três técnico de enfermagem, 06 ACS Agentes Comunitários de Saúde, dois profissionais de saúde bucal, técnico em saúde bucal e um auxiliar administrativo, além de um NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família) composto por um psicólogo, um educador físico, um nutricionista e um fisioterapeuta e estes especialistas atendem na sala de vacina ou outras disponíveis na unidade. Também contamos com um pediatra que atende nas sextas-feiras. As gestantes de alto risco são atendidas por centro materno e as de baixo risco pela unidade básica.

A área física da Unidade Básica distribui-se em aproximadamente 180 m², dividindo-se em: sala de espera, recepção, 01 sala de vacinas, 01 sala de procedimentos, 01 sala de acolhimento, 01 consultório médico, 01 sala de enfermagem, 01 expurgo, 01 consultório odontológico, 03 banheiros (01 funcionário e 02 usuários) e 01 cozinha. A estrutura física da unidade de saúde encontra-se em difíceis condições físicas e de materiais, a área é pequena, não comportando medidas adequadas para a realização das atividades assistenciais. O mobiliário é antigo, grande parte de doações ou sobras de outros setores, estando estes em condições de deterioração e sem manutenção. Desse modo, a lavagem e assepsia adequadas desse mobiliário se tornam, muitas vezes, inviáveis, a unidade. Já está aprovada para 2015 a reforma da unidade para ampliação e melhoria de espaço físico. As bancadas de trabalho não são adequadas ao desempenho das atividades

e tão pouco à estrutura física dos trabalhadores que executam as funções assistenciais. As portas e paredes não são revestidas de material lavável e me chama muito a atenção o consultório odontológico não ter climatização nem paredes laváveis, além disso, não existe sala de prontuários nem local destinado ao acondicionamento de lixo com fechamento de segurança.

Partindo dessas premissas, se pode dizer que não existindo condições laborais adequadas, também não há adequação de estrutura física para as pessoas portadoras de necessidades especiais ou que possuam restrições de movimentação. Não existe sinalização alguma para usuários deficientes visuais ou auditivos. Os banheiros não possuem espaço e nem corrimãos de apoio, nas paredes. Não existem rampas de acesso, bancadas para esses atendimentos, entre outros. Torna-se imprescindível que sejam estruturadas áreas físicas completas e adequadas que atenda a toda a demanda dos pacientes. A equipe de saúde deve ter um suporte físico e de material adequados à realização da assistência.

As necessidades e limitações observadas nas relações entre equipe de saúde e comunidade fundamentais é que em minha unidade não existe um engajamento público, construir conhecimentos fundamentais para melhorar a saúde das pessoas e consolidar no trabalho das políticas de saúde. O engajamento é um processo de aprendizagem que precisa de muita participação entre equipe de saúde, a comunidade e atores sociais. As ações são desenvolvidas pela equipe de saúde e os profissionais participam da territorialização e mapeamento da área com identificação dos grupos expostos a risco assim como as famílias e indivíduos, além de grupos de agravos para hipertensos, diabetes, tuberculosos, os principais profissionais que participam do processo de mapeamento são os enfermeiros e ACS. Os profissionais realizam o cuidado a saúde da população na unidade, em domicílio nas escolas e outros espaços comunitários, na unidade são realizados pequenas cirurgias pelo médico, atendimentos de urgências emergências e todos os profissionais da UBS realizam busca ativa dos pacientes faltosos nas diferentes ações programáticas pela unidade e todas as semana programam visitas para atender os pacientes que não podem assistir a unidade. Os profissionais que geralmente visitam os pacientes são médico enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários, onde se fazem diferentes procedimentos como curativos, aferição de pressão, consultas médicas, entrega de medicamentos, acompanhamento de problemas de saúde, vacinações fisioterapia, troca de bolsas

de colostomia. Na unidade encaminhamos os pacientes a outros níveis do sistema sempre respeitando os protocolos estabelecidos e quando é preciso acompanham os pacientes á diferentes níveis de atendimento, também realizam a busca de notificações de doenças notificáveis.

Os profissionais da unidade realizam atividades dos diferentes grupos como hipertensos, diabéticos, gestantes, adolescentes, tabagista, saúde bucal entre outros com a participações do médico, enfermeiro, odontólogo, agente comunitário como outros profissionais, além de promover a participações da comunidade, todos os membros da equipe participam de atividades de qualificação para melhorar seu nível técnico profissional, nossa equipe não participa do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da unidade e existem dificuldades com a demanda dos mesmo. Todas estas atividades são programadas nas reuniões de equipe que são realizadas semanalmente com a análise de informações em saúde.

Na UBS é realizado o acolhimento do usuário, existe uma sala especifica para fazer o atendimento que é realizado pelas enfermeiras e técnicos de enfermagem, onde se segue o modelo de acolhimento pela equipe de referência do usuário já que existe uma equipe de saúde, sendo realizado em todos os turnos de atendimento, todos os usuários que chegam têm escuta de suas necessidades e a equipe conhece a classificação de risco biológico para definir encaminhamento utilizada para os usuários. Todos os pacientes solicitam consultas para enfermeiro quando tem algum problema e ele oferece este tipo de atendimento, na unidade existe um excesso de demanda tanto da área como fora desta, atende de 30 a 40 pacientes por dia, em determinadas ocasiões os usuários tem que esperar mais de 30 minutos para ser atendidos, além de excesso de demanda para atendimento imediato, a equipe trata de solucionar a maior parte dos casos possíveis e os que não podem, é orientado retornar outro dia e se necessitam atendimento de urgência orienta-se procurar outros serviços como pronto atendimento e pronto socorro.

O atendimento de puericultura para menores de um ano, nas crianças de 12 a 33 meses, e de 24 a 72 meses, em quatro dias da semana, em todos os turnos, onde também existem crianças fora de área em uma proporção de 5% aproximadamente. O número de crianças menores de um ano na área é de 37, destas 33 crianças acompanhadas na unidade (89%), com consultas em dia de acordo com protocolo do Ministério da Saúde em 24 crianças (73%), com teste de pezinho e triagem auditiva 33 crianças (100%), consulta de puericultura nos

primeiros 7 dias 16 crianças (48%) e com monitoramento de crescimento e desenvolvimento as 33 crianças (100%), com vacinas em dia 27 crianças(82%). Portanto, verifica-se aqui na unidade Municipal um acompanhamento efetivo e contínuo das crianças da comunidade. Segundo informações registradas pelo Sistema de Informação da Atenção Básica-SIAB, há na área de abrangência da Unidade 110 crianças de 0-2 anos, 120 crianças de 05-06 anos, 205 crianças de 07-09 anos, 370 crianças/adolescentes de 10-14 anos e 370 adolescentes/jovens de 15-19 anos cadastrados e registrados com prontuários e espelho de vacinas na ESF Municipal. Participam do atendimento: enfermeiro médico clínico geral, pediatra, este que agora está em licença à maternidade, psicólogo, odontólogo e técnico auxiliar de enfermagem, as crianças saem da UBS com a próxima consulta agendada. Na unidade, existe também atendimento de problemas de saúde agudos da área de cobertura e fora desta, existe excesso de demanda de crianças e a equipe lida com o excesso deste tipo de demanda, atendendo mesmo tendo excedido a sua capacidade.

Existe protocolo de atendimento de puericultura em nossa unidade produzida pelo Ministério de Saúde e Secretaria de Saúde Municipal, o protocolo é de 2013, no qual todos os profissionais o utilizam. As ações que são desenvolvidas na unidade, na puericultura são: diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de saúde bucal, imunizações, prevenção de anemia, violência, hábitos alimentares saudáveis, teste de pezinho.

Os profissionais utilizam protocolo para regular o acesso das crianças a outros níveis, como encaminhamento para atendimento nas especialidades, para internação hospitalar e pronto atendimento. Os atendimentos da puericultura são registrados em formulário especial da puericultura, ficha espelho de vacinas, atendimento odontológico e prontuário eletrônico. Existem arquivos específicos para a puericultura, revisam-se, todas as semanas, para verificar as crianças faltosas, atraso de vacinas e avaliar qualidade do programa. Ocorre a revisão por enfermeiro e médico clínico geral, sempre os profissionais solicitam a cadernetas da criança e conversam sobre alimentação saudável, curva de crescimento, chamam a atenção para a data das vacinas e desenvolvimento neuropsicomotor. Na Unidade também existe programa de Bolsa de Família do Ministério de Saúde, e o cadastramento deste é de responsabilidade do enfermeiro e do agente de saúde, pelo envio do cadastro à secretaria municipal enfermeiro e auxiliar administrativo. Existem outros

programas do Ministério de Saúde na unidade, tais como SISVAN, Saúde de Ferro. A equipe de saúde realiza atividades com mães das crianças no âmbito da UBS, nas escolas em igrejas e outros espaços comunitários, uma vez por mês, e participam cerca de 60% destas mães. Participam todos os profissionais que trabalham na unidade. Os dados para a avaliação do programa são SINASC, registro específico da puericultura e os prontuários. É possível preencher o caderno das ações programáticas com os dados das crianças com consulta em dia, com atraso das consultas agendadas, com a primeira consulta de puericultura, triagem auditiva, com vacinas em dia, com orientações para aleitamento materno exclusivo até 6º mês, cujas fontes de dados utilizadas são prontuário médico, registros de vacinas e registros específicos de puericultura.

Na Unidade se realiza atendimento pré-natal um dia da semana (quinta-feira) em todos os turnos de trabalho, também existem gestantes fora de área que são atendidas pela equipe, mais ou menos 10% destas. O número de gestantes na área de cobertura da Unidade é de 46,33, destas 45 recebem acompanhamento na Unidade, cerca de 97%, gestantes com pré-natal iniciado no primeiro trimestre 39 gestantes (87%), 43 gestantes com consultas de acordo ao calendário do Ministério da Saúde (96%), com vacinas antitetânica e hepatites B em dia, cerca de 100%, 44 gestantes com avaliação de saúde bucal (98%). O atendimento pré-natal é realizado pelo enfermeiro, médico clínico geral, educador físico, nutricionista, odontólogo, psicólogo, técnico dentário e técnico de enfermagem, após a consulta pré-natal a gestante sai da UBS com a próxima agendada dependendo do tempo gestacional. Em nossa unidade também se faz o atendimento para problemas de saúde agudos que elas apresentam. Existe excesso de demanda destas pacientes, mas são atendidas todas em nossa unidade, nós contamos com protocolo de atendimento de 2013 enviado pelo ministério de saúde e é utilizado por todos os profissionais da equipe.

As ações desenvolvidas pela UBS no cuidado da gestante são diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, tratamentos de problemas de saúde bucal, mental, controles de câncer de colo de útero e mama, imunizações, planejamento familiar, promoção de aleitamento materno, hábitos alimentares saudáveis, promoção de atividades físicas, saúde bucal e mental. Nossos profissionais de saúde da UBS utilizam protocolo para regular o acesso das gestantes a outros níveis de atendimentos. Os atendimentos às gestantes são

registradas em prontuários clínicos, formulário especial do pré-natal, fichas de atendimento odontológico, ficha de espelho das vacinas além de do espelho de formulário especial do pré-natal e prontuário eletrônico. Existe arquivo específico para os registros dos atendimentos das gestantes, este arquivo é revisado periodicamente com a frequência semanal com a finalidade de verificar gestantes faltosas identificar gestantes em data provável de parto. Além de avaliar as qualidades do programa é revisado pelo enfermeiro e médico clínico geral. Os profissionais solicitam sempre a carteira pré-natal preenchem as informações, orientação sobre a alimentação saudável, explicam quanto devem ter de ganho de peso dependendo seu índice de massa corporal, a data da próxima vacina, consultas odontológicas, promoção de aleitamento materno, sobre os cuidados de recém-nascido, os risco do tabagismo, do álcool e drogas, anticoncepção no pós parto recomenda-se a primeira consulta puerperal até os 7 dias de pós-parto estas consultas de puerpério também estão disponível em nossa unidade e se recomenda até os 45 dias de pós –parto. Na Unidade Básica existe Programa Rede Cegonha do ministério da saúde e o responsável pelo cadastramento é o enfermeiro, médico e técnico em enfermagem assim como o envio a secretaria municipal de saúde.

A equipe de saúde realiza atividades com grupos de gestante em âmbito de UBS em igrejas e em outros espaços de a comunidade com uma frequência semanal antes das consultas, participam educador físico, enfermeiro, médico, odontólogo, técnico de enfermagem e agente comunitário, existe planejamento e coordenação de programa pré-natal os profissionais realizam reuniões mensais para monitoramento do programa, utilizando como fontes de dados os registros específicos do pré-natal e os prontuários sendo possíveis preencher caderno das ações programáticas com os dados de número de gestantes total de área, calendário de consultas, os exames do laboratório de primeira consulta com as vacinas colocadas, com avaliação de saúde bucal. O trabalho de acompanhamento de 45 gestantes do Bairro Municipal acontece dentro do programa Rede Cegonha, uma estratégia inovadora em pleno funcionamento em Bento Gonçalves, visando implementar uma rede de cuidados para assegurar, às mulheres, o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção.

O número de mulheres entre 25 e 64 anos na área de cobertura da Unidade de Saúde é de 851, destas 807 mulheres nesta idade são acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de colo de útero, cerca de 95% das mulheres, sendo

estas cadastradas na área de abrangência da unidade e também as sazonais, que vem de outras áreas e utilizam esporadicamente os serviços. Nesse contexto, no ano de 2014, destas 653 tem realizado exame citopatológico em dia (81%), com mais de 6 meses atrasados 95 (12%) das mulheres, com citopatológico alterado 17 (2,60 %). A todas as pacientes se orienta sobre a prevenção de CA de colo de útero e DSTS. Os exames coletados com amostra satisfatória 89%. As mulheres entre 50 e 64 anos na unidade para prevenção de câncer de mama 184, destas com mamografia em dia 145 (79%), com mamografia com mais de 3 meses em atraso 64 (35%), com avaliação de risco para câncer de mama 56 (30%), a todas as mulheres orienta-se sobre prevenção de câncer de mama, também na UBS os profissionais orientam as mulheres ao uso de preservativo em todas as relações sexuais, sobre os malefícios do tabagismo, realiza-se coletas de exame cito patológico, os exames são realizados por enfermeiro e médico da unidade. Na unidade o rastreamento do câncer de colo é organizado e em ocasiões oportunísticas, existe protocolo de prevenção do Ministério da Saúde 2013, os atendimentos as mulheres que realizam a coleta de citopatológico são registrada em livro de registro, prontuários clínicos e formulário especial para citopatológico, existem arquivos específicos para os resultados que costuma ser revisado periodicamente para verificar as que têm atraso e exame alterado. A equipe de saúde não realiza atividades com grupo de mulheres, tendo que melhorar isso, o programa é planejado por enfermeiro e médico da unidade.

Na unidade são realizadas ações de rastreamento do câncer de mama por exame clínico de mamas e solicitação de mamografia todos os dias da semana em todos os turnos as mulheres da área como fora de área de cobertura. Estas ações são realizadas por médico e enfermeiro de forma organizada e oportunística. Existem protocolo do câncer de mama do Ministério de saúde do ano 2013 utilizado por todos os profissionais investigando os fatores de risco para o câncer de mama em todas as mulheres que realizam, nos últimos três anos foram identificadas 9 pacientes com mamografia alterada e todas foram acompanhadas com o protocolo, os atendimentos da mamografia são registrados em prontuários clínicos e formulário especial e arquivam em um arquivo especial revisão com frequência, estas ações são planejadas por enfermeiro e médico e é avaliado o monitoramento das ações.

Na Unidade Municipal o número de hipertensos é na área de cobertura de Unidade é de 690. Destes 235 estão cadastrados e acompanhados, um percentual

de 34% da população maior de 20 anos, com realização de estratificações de risco cardiovascular cerca de 123 idosos (52%), com atraso em consultas agendadas 56 (24%), com exames complementares em dia 68 (29%). Com relação a alimentação saudável, atividade física e saúde bucal todos foram avaliados.

O número de diabéticos maior de 20 anos na área de cobertura é de 197, destes cerca de 66 são cadastrados e acompanhados, um percentual de 34%, com realização de estratificação de risco cardiovascular por clínica 54 (82%), atraso de consultas agendadas mais de 7 dias 18 (27%), com exames complementares em dia 30 pacientes (45,4%), com exame físico de pés nos últimos 3 meses 17 (25,75%), com palpação dos pulsos e medida da sensibilidade apenas 12(18%), a todos com orientação de alimentação saudável e atividade física, e com avaliação de saúde bucal 8 pacientes (12,12%).

Na unidade são realizadas ações de orientação de hábitos alimentares saudáveis para os pacientes com HAS e/ou DM da área de cobertura, controle de peso corporal, e de estímulos à prática regular da atividade física, também se orienta sobre os malefícios de alcoolismo e tabaco. Realiza-se atendimento dos diabéticos e hipertensos três dias na semana em todos os turnos, também são atendidos os pacientes com estas doenças residentes fora de área, nos atendimentos participam enfermeiro, médico clínico geral, nutricionista, psicólogo, técnico de enfermagem e odontólogo, os pacientes saem da unidade com próxima consulta agendada, se atendem pacientes com problemas agudos destas doenças. Todos os profissionais utilizam protocolo de 2013 para atendimentos da HAS e DM. Os pacientes recebem imunização, tratamentos de saúde mental tratamentos de obesidade de alcoolismo, utiliza-se para regular o acesso dos adultos com estas patologias a outros sistemas de saúde protocolos estabelecidos por ministério de saúde. Os atendimentos são registrados em prontuários clínicos e eletrônicos, não existem arquivos específicos para os registros de atendimentos, sempre se explica em as consultas como reconhecer sinais de complicações. A equipe de saúde de UBS realiza atividade com grupos de hipertensão e diabetes uma vez por mês com uma coparticipação boa ainda poderia ser melhor.

O número de idosos com 60 anos ou mais na área conforme o caderno de ação programática é de 421, sendo que o total de idosos cadastrados na Unidade de Saúde o Municipal é de 184, a população da unidade é muito jovem já que é constituída por imigrantes em busca de trabalho, todos com caderneta de saúde de

peças idosas, destes 73 com acompanhamento em dia (40%), com realização de avaliação multidisciplinar rápida 42 idosos (23%), hipertensos 131 idosos (71,19%), diabéticos 38 idosos (20,6%), com avaliação de risco para morbidade apenas 68 idosos (36,95%), orientação nutricional e atividade física 123 idosos(66,84%) e avaliação de saúde bucal em dia 42 idosos (22,82%).

Na unidade realiza-se atendimento de idosos três dias da semana em todos os turnos, existem idosos fora da área que também recebem atendimentos, nestes participam os enfermeiros, clínico geral, odontólogo, auxiliar de enfermagem e técnicos dentários. Os idosos saem da unidade com a próxima consulta agendada também recebem atendimentos para problemas de saúde agudos, não existe excesso de demandas para os atendimentos de os pacientes desta idade.

Existe protocolo de atendimentos para idosos emitidos pelo ministério de saúde do ano 2013, utilizado por todos os profissionais, são desenvolvidas tais ações como isoimunização, promoção de atividade física, hábitos alimentares saudáveis, promoção de saúde bucal e mental. Além dos tratamentos de problemas clínicos e saúde bucal. Também se utiliza protocolos para acesso dos idosos a outros níveis do sistema de saúde, os atendimentos são registrados em prontuários clínicos, formulário especial, ficha de atendimento odontológico e prontuários eletrônicos, não existem arquivo específico para os registros, os profissionais avaliam a capacidade funcional dos idosos em ocasiões, e explicam a seus familiares como reconhecer sinais de risco como por exemplo HAS, DM e outra, sempre solicitam a caderneta de saúde.

A equipe de saúde da UBS realiza atividades com grupos de idosos no âmbito da unidade, em igrejas e outros espaços comunitários. Existe um grupo de idosos em nossa unidade onde participam um percentual de 35% porque existem acamados e outros com dificuldade para locomover-se as ruas são muitos difíceis para eles participarem, para estes realiza-se visitas domiciliares, existe um levantamento dos idosos moradores da área que necessitam cuidados domiciliares, são realizadas por médico, enfermagem, técnico em enfermagem e agente de saúde, Estas ações são planejadas pelos profissionais que participam nos cuidados, realizando reuniões mensais, as fonte de dados utilizados são SIAB, HIPERDIA, registros específicos dos atendimentos e prontuários, nosso trabalho deve ser melhorado visando longevidade satisfatória na Unidade de Saúde.

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

Constata-se, portanto, que, relacionando um paralelo entre o texto inicial e o relatório da análise situacional da ESF Municipal, a unidade possui grandes restrições de materiais/equipamentos, principalmente, por se tratar de um serviço que proporciona suporte a uma população carente e vulnerável, com agravos complexos de saúde, deveria, a partir desse pressuposto, proporcionar um melhor suporte na assistência. Sabe-se, também, que a falta ou a pouca qualidade de materiais/medicamentos interfere diretamente no cuidado prestado.

Os maiores desafios de nossa unidade foi estimular o engajamento público aos atores sociais e gestores, melhorar a estrutura física da unidade e continuar consolidando o trabalho da equipe, a unidade apresenta uma equipe de saúde completa e organizada. Hoje comparando com as primeiras expectativas existe um conhecimento muito melhor da nossa unidade que facilita o planejamento das diferentes atividades, como objetivo melhorar os indicadores de saúde da população.

Entretanto, apesar de recursos limitados e muitas vezes insuficientes, a equipe sempre teve um ótimo engajamento na assistência prestada ao cliente, em todos os cuidados previstos pelo Ministério da saúde, tais como: saúde da criança, da mulher, do homem, do idoso, etc. A equipe contempla na abrangência dos serviços prestados uma boa oferta à demanda da população abrangente. As ações são resolutivas e a grande maioria dos usuários são contemplados com cuidado integral de saúde.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

As ações programáticas em saúde têm como atividade principal à organização da produção de bens e serviços de saúde ao indivíduo ou à coletividade. Assim, para produção de bens e serviços de saúde se faz necessária à formulação e decisão política de ações que viabilizem possíveis intervenções impactantes no processo de trabalho para estabelecer a programação das ações em saúde, deverá adotar normas e parâmetros que servirão de base para o cálculo de metas e recursos necessários ao desenvolvimento das ações. Além disso, deve se valer de um sistema de informação que permita selecionar indicadores que irão subsidiar ao acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas. (CANESQUI, A.M. 2001). A velhice é a última etapa do processo de desenvolvimento humano. Os idosos, nos seus aspectos biológico, psicológico e social apresentam transformações próprias, requerendo tipos de assistências diferenciadas, em especial à saúde. Como o envelhecimento não é um processo homogêneo, necessidades e demandas dos idosos. Apesar da queda da taxa de natalidade, a população brasileira ainda é relativamente jovem. As projeções das Nações Unidas, contudo, apontam que em 2050 a estrutura etária da população brasileira será semelhante à atual estrutura etária dos países desenvolvidos. Para realizar a intervenção utilizaremos os protocolos do Ministério Saúde e Envelhecimento da Pessoa Idosa, 2006 em nossa estratégia de intervenção.

Na Unidade de Saúde Municipal tem uma população de 3,165 usuários aproximadamente, os paciente idosos cadastrados na Unidade com mais de 60 anos são 184, a área física da Unidade Básica se distribui em aproximadamente 180 m², dividindo-se em: sala de espera, recepção, 01 sala de vacinas, 01 sala de

procedimentos, 01 sala de acolhimento, 01 consultórios médicos, 01 sala de enfermagem, 01 expurgo, 01 consultório odontológico, 03 banheiros (01 funcionário e 02 usuários) e 01 cozinha. A equipe de saúde é formada por 01 médico, 02 enfermeiros, 03 técnicos de enfermagem, 01 auxiliar administrativo, 02 odontológicos, 01 auxiliar de saúde bucal e 01 auxiliar de limpeza, estes que atuam diariamente na unidade, 6 agentes comunitários de saúde e um núcleo de apoio (NASF).

Todos os 184 idosos residentes na área de abrangência são atendidos na Unidade de Saúde, a adesão da população atendida não é a preconizada pelo Ministério de saúde, sendo que a qualidade da atenção para a pessoa idosa não é boa, por este motivo foi escolhida para nossa estratégia de intervenção, através dos registros foi possível verificar que apenas 73 dos idosos estão com acompanhamento em dia (40%), com avaliação multidimensional rápida 42 (23%), avaliação de saúde bucal 42 (23%). As ações de promoção e educação em saúde desenvolvidas são muito poucas apenas uma vez por mês, as participações dos idosos não é boa, por isso, que entre os objetivos está estimular a participações com atividades recreativas. Da mesma forma, os atendimentos a pacientes acamados não é suficiente, devemos aumentar este tipo de atendimento.

A intervenção é muito importante no contexto de nossa unidade para aumentar a qualidade da atenção deste grupo de usuários, com vistas a um envelhecimento saudável e melhorar os indicadores de saúde da população, o objetivo é aumentar o percentual de consultas em dia, a avaliação multidimensional rápida em 100% dos idosos, rastreamento 100% dos idosos hipertensos e diabéticos, avaliação da saúde bucal de todos atendidos na unidade. Apresentaremos algumas dificuldades e limitações por não contar com uma estrutura física da unidade adequada para as atividades de promoção, dificuldade para os idosos assistir à unidade por acessibilidade das ruas, e não existe um engajamento público por parte da comunidade já que não existem conselhos locais de saúde na comunidade atendida.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a qualidade da atenção dos idosos na Unidade Básica Equipe de Saúde da Família Municipal de Bento Gonçalves/RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Meta 2.10 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos.

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Municipal localizada no Município de Bento Gonçalves no Rio Grande do Sul. Participarão da intervenção cerca de 184 idosos maiores de 60 anos residentes na área de abrangência da Unidade de Saúde.

2.3.1 Detalhamento das ações

Detalhamento das ações necessárias para o alcance das metas nos quatro eixos pedagógicos:

Objetivo 1 Ampliar a cobertura a Atenção a Saúde do Idoso.

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

Monitoramento e Avaliação

Monitorar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde periodicamente (pelo menos mensalmente). Para esta meta será realizado monitoramento semanal dos idosos cadastrados no programa por meio da avaliação da ficha espelho. Também será monitorado mensalmente a disponibilidade das fichas-espelhos para cadastramento dos idosos, para que sempre estejam em quantidades suficientes. A enfermeira revisará os registros nas fichas espelhos, a agenda de consultas e os prontuários para identificar os idosos com consultas ou procedimentos/exames em atraso, para posterior busca ativa pelas ACS.

Organização e gestão do serviço

Acolher e Cadastrar todos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde. Todos os idosos que vierem para a unidade, tanto por agendamento quanto por livre demanda forma acolhidos por um profissional da equipe e cadastrados em uma ficha espelho específica que foi adotada pela equipe e ficando disponível na unidade, desta forma todos os idosos da área de cobertura formam acolhidos e cadastrados. Será proporcionado pela equipe acolhimento especializado à idosos e realização de registros (caderneta de idoso, prontuário) e cadastro (SIAB) efetivos na unidade.

Engajamento Público

Será esclarecido a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde através da sensibilização junto à comunidade para a importância do acompanhamento da saúde do idoso pela equipe de saúde, por meio de folders, cartazes, mídia local bem como pelos profissionais de saúde na unidade durante os

atendimentos, orientações na sala de espera e nos grupos de educação em saúde na comunidade.

Informada a comunidade sobre a existência do programa de atenção ao idoso da unidade de saúde através da Promoção de orientações gerais, em todos os espaços públicos e domicílios, sobre a existência do programa de atenção ao idoso pela equipe de saúde por meio de folders, cartazes, mídia local bem como pelos profissionais de saúde na unidade durante os atendimentos.

Qualificação da prática clínica

Capacitada a equipe no acolhimento aos idosos e para a Política Nacional de Humanização com a realização de encontros com capacitação para a equipe e que serão agendados conforme disponibilidade de participação dos profissionais, durante os encontros foram abordados assuntos referentes às formas de acolhimento preconizado na Política de Humanização e de que forma cada membro da equipe pode estar promovendo o acolhimento ao idoso e seus familiares sempre que procurarem o serviço na unidade. Também será discutida a possibilidade de adoção de um protocolo específico para guiar o cuidado que será ofertado. Caderno da atenção básica n 19, Atenção à Saúde do Idoso, MS 2006).

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

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

Monitoramento e Avaliação

A realização de avaliação multidimensional rápida deve ser monitorada pelo menos anual em todos os idosos, para atingir esta meta durante a intervenção houve revisão dos registros fichas espelhos e prontuários pela enfermeira semanalmente identificando aqueles que não receberam a avaliação multidimensional rápida, para posterior busca ativa pelas ACS. Também será implantado uma planilha para registro específico de acompanhamento aos idosos, que será fornecida pelo curso de saúde da família para registrar todos os atendimentos dos idosos.

Da mesma forma será organizado um sistema de registro que viabilizou situações de alerta quanto ao atraso na realização de consultas de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, e realização da avaliação multidimensional rápida e dos demais procedimentos preconizados. A equipe de enfermagem revisará semanalmente os prontuários clínicos e registros a fim de verificar idosos ao atraso na realização de consultas de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, e na realização da multidimensional rápida e dos demais procedimentos preconizados pelo protocolo do ministério, identificando sinais de alerta.

Organização e gestão do serviço

Serão garantidos os recursos necessários para aplicação da avaliação multidimensional rápida para todos os idosos (balança, antropômetro, tabela de snellen). O médico da Unidade conversará com o gestor a fim de proporcionar a equipe de saúde todos os recursos necessários para avaliação multidimensional rápida os idosos.

Engajamento Público

A comunidade será informada sobre a existência da avaliação multidimensional rápida para todos os idosos na Unidade através do programa de qualificação a saúde do idoso. Também houve promoção de orientações gerais, em todos os espaços públicos e domicílios, sobre esta avaliação na atenção ao idoso pela equipe de saúde por meio de folders, cartazes, mídia local bem como pelos profissionais de saúde nos grupos de educação em saúde na comunidade.

Qualificação da prática clínica

Será garantida a equipe um registro que viabilizou situações de alerta e atraso em algum procedimento de atendimento dos idosos, para esta meta o médico da Unidade realizará capacitação nas reuniões de equipe para a equipe de enfermagem revisar periodicamente os registros identificando sinais de alerta em atrasos de procedimentos. Para os encontros serão utilizados materiais audiovisuais, bem como cartilhas, folders e protocolo do Ministério da Saúde Cadernos de Atenção Básica n 19 Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2006.

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

Monitoramento e Avaliação

Será monitorado a realização de exame clínico apropriado aos idosos acompanhados na unidade, através da revisão semanal pela enfermeira dos registros: fichas espelhos e prontuário clínico identificando os idosos que não tem exame clínico apropriados, para posterior busca ativa pelas ACS.

Organização e gestão do serviço

Garantida a busca a idosos que não realizaram exame clínico apropriado, onde o médico da Unidade revisará semanalmente os prontuários em busca dos idosos com exame clínico inadequado que necessitam de agendamento de consulta para avaliação.

Será organizada a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas ativa sendo destinado um proporcional de vagas na agenda para acompanhamento dos idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas de visitas domiciliares de toda equipe.

Garantida a referência e contra referência de pacientes com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades, através da criação de vínculo com outras unidades de saúde (referência) do Município para lograr referência e contra referência de pacientes com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades em pacientes idosos atendidos nas avaliações do projeto.

Engajamento Público

Informado a comunidade sobre a existência do exame clínico apropriado para todos os idosos na Unidade através do programa de qualificação a saúde do idoso. Será promovido orientações gerais, em todos os espaços públicos e domicílios, sobre esta avaliação na atenção ao idoso pela equipe de saúde por meio de folders, cartazes, mídia local bem como pelos profissionais de saúde nos grupos de educação em saúde na comunidade.

Qualificação da prática clínica

Serão definidas atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e ou diabéticos, onde o médico da Unidade realizará capacitação nas reuniões de equipe para todos os profissionais envolvidos no projeto para realizar exame clínico de idosos hipertensos e diabéticos. Para os encontros serão utilizados materiais audiovisuais, bem como cartilhas, folders e protocolo do Ministério da Saúde Cadernos de Atenção Básica Saúde da Pessoa Idosa, 2006.

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

Monitoramento e Avaliação

O número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais será monitorado de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde, onde semanalmente haverá pesquisa a todos os idosos com monitoramento da pressão arterial e realização HGT (Glicose capilar) nas consultas médicas na Unidade e em atividade de grupo mensal.

Organização e gestão do serviço

A solicitação dos exames complementares será garantida, para a realização desta ação a equipe de enfermagem revisará com periodicidade semanal prontuários e registros a fim de verificar a solicitação de exames complementares aos idosos avaliados.

Da mesma forma, será garantido com o gestor municipal agilidade para realização dos exames complementares definidos no protocolo, onde o médico da Unidade negociará com o gestor municipal uma cota extra para a solicitação de exames complementares definidos no protocolo aos idosos com agilidade.

Engajamento Público

Informado a comunidade sobre a existência de exames complementares periódicos a idosos hipertensos e diabéticos na Unidade através do programa de qualificação a saúde do idoso, sendo promovido orientações gerais, em todos os espaços públicos e domicílios, sobre esta disponibilidade na atenção ao idoso pela

equipe de saúde por meio de folders, cartazes, mídia local bem como pelos profissionais de saúde nos grupos de educação em saúde na comunidade.

Qualificação da prática clínica

O médico da Unidade realizará capacitação nas reuniões de equipe para todos os profissionais envolvidos no projeto onde foi orientado os idosos hipertensos e diabéticos para a realização de acompanhamento na Unidade e realização dos exames complementares garantido no protocolo. Para os encontros serão utilizados materiais audiovisuais, bem como cartilhas, folders e protocolo do Ministério da Saúde Cadernos de Atenção Básica Saúde da Pessoa Idosa, 2006.

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

Monitoramento e Avaliação

O acesso aos medicamentos da farmácia popular/ hiperdia será monitorado através da revisão pela enfermeira semanalmente os medicamentos da farmácia básica realizando o pedido extra com antecedência afim de não haver falta de medicamentos.

Organização e gestão do serviço

Realizou-se controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos. A médica da Unidade realizará capacitação nas reuniões de equipe para a equipe de enfermagem revisar periodicamente os estoque de medicamentos incluindo data de validade de os medicamentos utilizados pelos idosos. Para os encontros serão utilizados materiais audiovisuais, bem como cartilhas, folders e protocolo do Ministério da Saúde Cadernos de Atenção Básica n 19 Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2006.

Engajamento Público

A equipe também será capacitada para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da farmácia popular/hiperdia. Para os encontros serão utilizados materiais audiovisuais, bem como cartilhas, folders e

protocolo do Ministério da Saúde da Saúde Cadernos de Atenção Básica n 19 Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2006.

Qualificação da prática clínica

A equipe de enfermagem será capacitada para manter o registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde. A médica da Unidade realizará capacitação nas reuniões de equipe para a equipe de enfermagem revisar periodicamente o registro da necessidade de medicamentos dos idosos diabéticos e hipertensos. Para os encontros serão utilizados materiais audiovisuais, bem como cartilhas, folders e protocolo do Ministério da Saúde Cadernos de Atenção Básica n 19 Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2006.

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

Monitoramento e Avaliação

O número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados será monitorado, onde os ACS realizaram semanalmente a atualização dos registros de pacientes acamados ou com problema de locomoção, a fim de programar as visitas domiciliares.

Organização e gestão do serviço

Garantido o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa, através da atualização dos registros semanalmente pela equipe com ajuda de ACS, dos registros de pacientes acamados o com problemas de locomoção identificados nas visitas domiciliares.

Engajamento Público

A equipe também será capacitada para orientar os usuários sobre o cadastramento dos acamados e ou com dificuldades de locomoção, onde foi informado a população nos grupos de educação em saúde sobre seus direitos. Para os encontros serão utilizados materiais audiovisuais, bem como cartilhas, folders e

protocolo do Ministério da Saúde da Saúde Cadernos de Atenção Básica n 19 Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2006.

Qualificação da prática clínica

Capacitado a equipe para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência, para atingir esta meta a equipe foi capacitada para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência. Para os encontros serão utilizados materiais audiovisuais, bem como cartilhas, folders e protocolo do Ministério da Saúde Cadernos de Atenção Básica n 19 Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2006.

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

Monitoramento e Avaliação

Será monitorado a realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção, onde a enfermeira realizou a avaliação dos registros dos pacientes acamados ou com problemas de locomoção nas reuniões de equipe, organizando o agendamento das visitas domiciliares.

Organização e gestão do serviço

Garantido o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa com visita domiciliar em dia através da atualização semanalmente pela equipe com ajuda de ACS, dos registros de pacientes acamados o com problemas de locomoção que receberam visitas domiciliares.

Engajamento Público

A equipe também será capacitada para orientar os usuários sobre as visitas domiciliares a acamados e ou com dificuldades de locomoção, onde foi informado a população nos grupos de educação em saúde sobre seus direitos. Para os encontros foram utilizados materiais audiovisuais, bem como cartilhas, folders e protocolo do Ministério da Saúde da Saúde Cadernos de Atenção Básica n 19 Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2006.

Qualificação da prática clínica

O médico capacitará os ACS sobre cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. Para os encontros foram utilizados materiais audiovisuais, bem como cartilhas, folders e protocolo do Ministério da Saúde Cadernos de Atenção Básica n 19 Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2006.

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

Monitoramento e Avaliação

Monitorado o número de idosos submetidos a rastreamento para HTA, periodicamente (pelo menos anualmente), onde será realizado semanalmente pelas técnicas em enfermagem revisão dos prontuários dos idosos para verificar rastreamento para HTA no ano.

Organização e gestão do serviço

Rastreado 100% dos idosos para hipertensão arterial sistêmica, através do acolhimento dos idosos portadores HAS e rastreado todos os idosos que serão cadastrados e acompanhados na Unidade. Garantido material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

Engajamento Público

Informado a comunidade sobre o rastreamento da Hipertensão arterial na Unidade de Saúde através do programa de qualificação a saúde do idoso, onde será promovido orientações gerais, em todos os espaços públicos e domicílios, sobre esta disponibilidade de atendimento na atenção ao idoso pela equipe de saúde por meio de folders, cartazes, mídia local bem como pelos profissionais de saúde nos grupos de educação em saúde na comunidade.

Qualificação da prática clínica

Para esta meta o médico capacitará os profissionais da enfermagem para verificar a pressão arterial de forma criteriosa incluindo uso adequado do manguito. Para os encontros serão utilizados materiais audiovisuais, bem como cartilhas, folders e protocolo do Ministério da Saúde Cadernos de Atenção Básica n 19 Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2006.

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

Monitoramento e Avaliação

O número de idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmhg submetidos a rastreamento para DM durante os grupos que aconteceram mensalmente, e nas consultas onde será realizada aferição de pressão arterial, e revisão pelas técnicas em enfermagem dos registros e prontuários identificando os idosos com pressão arterial maior a 135/80 e o rastreamento para DM anualmente.

Organização e gestão do serviço

Será verificada a pressão arterial pela equipe de enfermagem durante a triagem de atendimento a todos os idosos que vierem a Unidade por agendamento de consulta ou por outro motivo e nos grupos de educação em saúde e visitas domiciliares e rastreamento anual pelo médico da DM.

Engajamento Público

A comunidade será informada sobre a realização do hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmhg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, para isto será promovido orientações gerais, em todos os espaços públicos e domicílios, sobre esta disponibilidade de atendimento na atenção ao idoso pela equipe de saúde por meio de folders, cartazes, mídia local bem como pelos profissionais de saúde nos grupos de educação em saúde na comunidade nas consultas médicas.

Qualificação da prática clínica

O médico capacitará os profissionais da enfermagem para realização do hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmhg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica. Para os encontros serão utilizados materiais audiovisuais, bem como cartilhas, folders e protocolo do Ministério da Saúde Cadernos de Atenção Básica n 19 Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2006.

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

Monitoramento e Avaliação

Para esta ação semanalmente a médica da UBS junto à equipe de saúde bucal identificará os idosos com necessidade de tratamento odontológico nas consultas médicas, encaminhando para o agendamento que foi semanal.

Da mesma forma semanalmente o médico do PSF junto a equipe de saúde bucal revisará os registros odontológicos para verificar número de idosos cadastrados em acompanhamento odontológico e busca ativa dos faltosos.

Organização e gestão do serviço

A agenda será organizada de modo a priorizar o atendimento dos idosos com necessidade de atendimento odontológico em dois turnos semanais, nestes turnos será aproveitado para cadastrar idosos faltosos que vierem a UBS mesmo que por outro motivo. O dentista realizará atendimento prioritário dos idosos, em qualquer um dos dois turnos disponíveis para atendimento odontológico

Engajamento Público

Informado a comunidade sobre a existência da avaliação de necessidade de consulta odontológica no programa de atenção ao idoso da unidade de saúde. Será promovido orientações gerais, em todos os espaços públicos e domicílios, sobre esta avaliação pela equipe de saúde por meio de folders, cartazes, mídia local bem como pelos profissionais de saúde na unidade durante os atendimentos

Qualificação da prática clínica

O médico e odontólogo capacitarão a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em idosos. Para os encontros serão utilizados materiais audiovisuais, bem como cartilhas, folders e protocolo do Ministério da Saúde Cadernos de Atenção Básica n 19 Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2006.

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

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

Monitoramento e Avaliação

A enfermeira e médico da UBS semanalmente farão o monitoramento do percentual de idosos com consultas de avaliação, através dos registros em fichas espelhos e prontuários da Unidade. Será anexado um sinal de alerta na ficha espelho a fim de facilitar a identificação e possível busca. Em qualquer situação de atraso o idoso será buscado pelos ACS para possível regularização.

Organização e gestão do serviço

A agenda para acolher os idosos provenientes das buscas nos dias em que estes vierem a UBS será organizada, para isto foi disponibilizado em cada turno do dia, um horário para o atendimento dos idosos faltosos, assim como a disponibilidade de um profissional treinado para realizar a avaliação.

Engajamento Público

Informado a comunidade sobre a existência do programa de atenção ao idoso da unidade de saúde, através da promoção de orientações gerais, em todos os espaços públicos e domicílios, sobre a existência do programa de atenção ao idoso pela equipe de saúde por meio de folders, cartazes, mídia local bem como pelos profissionais de saúde na unidade durante os atendimentos

Qualificação da prática clínica

Os ACS serão capacitados para realização de buscas aos idosos faltosos as consultas, após verificação nas fichas espelho: será solicitado que os ACS disponibilizem de um turno semanal para a busca ativa dos idosos faltosos. Para

aquelas que não comparecerem aos atendimentos serão organizadas visitas com os profissionais da equipe de saúde.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

Monitoramento e Avaliação

A qualidade dos registros dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde será monitorada. O médico e a enfermeira do PSF revisarão semanalmente a qualidade dos registros dos idosos através dos indicadores de qualidade verificados nos gráficos.

Organização e gestão do serviço

Será criada uma agenda semanal especialmente nas reuniões de equipe para que fosse verificado a qualidade dos registros através do monitoramento da intervenção. Portanto, a equipe preencherá corretamente todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento dos idosos.

Engajamento Público

Haverá promoção de orientações gerais, em todos os espaços públicos e domicílios, sobre os direitos do idoso em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via se necessário ministrado pela equipe de saúde por meio de folders, cartazes, mídia local bem como pelos profissionais de saúde na unidade durante os atendimentos.

Qualificação da prática clínica

A equipe também será capacitada para realizar o preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento dos idosos. Para os encontros serão utilizados materiais audiovisuais, bem como cartilhas, folders e protocolo do Ministério da Saúde Cadernos de Atenção Básica n 19 Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2006.

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

Monitoramento e Avaliação

Os registros da caderneta de saúde da pessoa idosa serão monitorados, assim como disponibilidade desta caderneta na UBS.

Organização e gestão do serviço

Solicitado ao gestor municipal a disponibilização da caderneta de saúde da pessoa idosa, onde o médico realizará um pedido oficial através de coordenadora da unidade solicitando a caderneta de pessoa idosa em quantidade suficiente para o gestor afim de garantir que não haja falta da caderneta durante a realização do projeto.

Engajamento Público

Será promovido orientações gerais, em todos os espaços públicos e domicílios, além dos atendimentos individuais a fim de educar os idosos a utilizar a caderneta da saúde dos idosos nos atendimentos para facilitar o acesso aos registros de atendimentos e agravos de sua saúde.

Qualificação da prática clínica

A equipe também será capacitada para realizar o preenchimento adequado da caderneta da pessoa idosa. Para os encontros serão utilizados materiais audiovisuais, bem como cartilhas, folders e protocolo do Ministério da Saúde Cadernos de Atenção Básica n 19 Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2006.

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

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

Monitoramento e Avaliação

Monitorado o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência, diariamente nas consultas dos idosos será identificado pela equipe os idosos com maior risco de morbidade através da anamnese e do exame físico.

Organização e gestão do serviço

Será priorizado atendimento a idosos de maior risco de mortalidade, para esta meta o médico da Unidade capacitou nas reuniões de equipe os profissionais para identificar idosos com maior risco de mortalidade. Para os encontros serão

utilizados materiais audiovisuais, bem como cartilhas, folders e protocolo do Ministério da Saúde Cadernos de Atenção Básica n 19 Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2006.

Engajamento Público

Será promovido orientações gerais, em todos os espaços públicos e domicílios, além dos atendimentos individuais a fim de esclarecer os idosos sobre seu nível de risco e importância de controles mais frequentes, ministrado pela equipe de saúde por meio de folders, cartazes, mídia local bem como pelos profissionais de saúde na unidade durante os atendimentos.

Qualificação da prática clínica

O médico capacitará a equipe para realizar identificação e registro de fatores de risco para mobilidade da pessoa idosa. Para os encontros serão utilizados materiais audiovisuais, bem como cartilhas, folders e protocolo do Ministério da Saúde Cadernos de Atenção Básica n 19 Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2006.

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

Monitoramento e Avaliação

Será monitorado o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice, onde semanalmente a médica junto à equipe revisarão os registros identificando o número de idosos investigados para indicadores de fragilização de velhice.

Organização e gestão do serviço

Priorizado atendimento a idosos identificados com fragilização na velhice, para esta meta o médico da Unidade capacitou nas reuniões de equipe os profissionais para identificar idosos. Para os encontros serão utilizados materiais audiovisuais, bem como cartilhas, folders e protocolo do Ministério da Saúde Cadernos de Atenção Básica n 19 Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2006.

Engajamento Público

Promovido orientações gerais, em todos os espaços públicos e domicílios, além dos atendimentos individuais a fim de fornecer orientações gerais através dos grupos de educação em saúde, da equipe e através das visitas de ACS como acessar a atendimentos prioritários, ministrado pela equipe de saúde por meio de folders, cartazes, mídia local bem como pelos profissionais de saúde na unidade durante os atendimentos.

Qualificação da prática clínica

O médico capacitará a equipe para realizar identificação de idosos com fragilização na velhice. Para os encontros serão utilizados materiais audiovisuais, bem como cartilhas, folders e protocolo do Ministério da Saúde Cadernos de Atenção Básica n 19 Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2006.

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

Monitoramento e Avaliação

A realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na unidade será monitorada semanalmente pelo médico, nas reuniões da equipe sendo realizada revisão dos prontuários médicos e dos relatos dos profissionais afim da avaliação da rede social em todos os idosos atendidos. Desta forma será monitorado todos os idosos com rede social deficiente, realizando visitas domiciliares mensais dos Agentes Comunitários de Saúde e dos profissionais da Unidade e acionado o serviço social do município a fim de acompanhar todos os idosos com rede social deficiente.

Organização e gestão do serviço

Será realizado atendimento imediato aos idosos identificados com rede social deficiente, assim como organizado um organograma que oriente os profissionais para encaminhamentos e ajuda necessária a outros setores se necessário afim de fornecer suporte e orientações a este idoso em risco.

Engajamento Público

Será promovido orientações gerais, em todos os espaços e dos estabelecimentos de redes sociais de apoio, a fim de fornecer orientações à comunidade junto às redes sociais de apoio para socialização da pessoa idosa, ministrado pela equipe de saúde por meio de folders, cartazes, mídia local bem como pelos profissionais de saúde na unidade durante os atendimentos.

Qualificação da prática clínica

O médico capacitará a equipe para avaliar a rede social dos idosos, sendo também ser solicitado a Assistência do município um horário para discussão de casos e orientações a equipe. Para os encontros serão utilizados materiais audiovisuais, bem como cartilhas, folders e protocolo do Ministério da Saúde Cadernos de Atenção Básica n 19 Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2006.

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos.

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

Monitoramento e Avaliação

Semanalmente o médico revisará os prontuários médicos e planilhas de coleta de dados para verificar a orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos. O número de idosos com obesidade/desnutrição também serão avaliados. Os técnicos em enfermagem realizarão em todas as consultas avaliações antropométricas de todos os idosos, realizando agendamentos nutricionais dos casos de sobrepeso e baixo peso.

Organização e gestão do serviço

O médico da Unidade realizará capacitação nas reuniões de equipe para os profissionais da equipe a fim de definir o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis. Para os encontros serão utilizados materiais audiovisuais, bem como cartilhas, folders e protocolo do Ministério da Saúde Cadernos de Atenção Básica n 19 Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2006

Engajamento Público

Será promovido orientações gerais, em todos os espaços comunitários e no domicílio, a fim de fornecer orientações à comunidade sobre a importância nutricional, ministrado pela médica da Unidade por meio de folders, cartazes, mídia local bem como pelos profissionais de saúde na unidade durante os atendimentos.

Qualificação da prática clínica

O médico capacitará a equipe para realizar a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os dez passos para alimentação brasileira. Para os encontros serão utilizados materiais audiovisuais, bem como cartilhas, folders e protocolo do Ministério da Saúde Cadernos de Atenção Básica n 19 Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2006.

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

Monitoramento e Avaliação

Nas atividades em grupos mensais e nos atendimentos na Unidade a médico e demais profissionais da equipe forneceram a orientação de atividade física a todos os idosos. Será monitorado o número de idosos que realizam atividade física regular. O médico da Unidade junto à equipe de saúde fizeram verificação dos registros e prontuários para verificar número de idosos com atividade física regular.

As atividades educativas individuais serão monitoradas, semanalmente a médica revisará os prontuários e registros a fim de verificar que todos os idosos participaram das atividades educativas individuais.

Organização e gestão do serviço

O médico da Unidade realizará capacitação nas reuniões de equipe para os profissionais da equipe a fim de definir o papel dos membros da equipe para orientação de atividade física regular para os idosos. Para os encontros serão utilizados materiais audiovisuais, bem como cartilhas, folders e protocolo do Ministério da Saúde Cadernos de Atenção Básica n 19 Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2006.

Engajamento Público

Será promovido orientações gerais, em todos os espaços comunitários e no domicílio, a fim de orientar à comunidade da importância de realização de atividade física regular pela equipe, por meio de folders, cartazes, mídia local bem como pelos profissionais de saúde na unidade durante os atendimentos.

Qualificação da prática clínica

A equipe também será capacitada para orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular. Para os encontros serão utilizados materiais audiovisuais, bem como cartilhas, folders e protocolo do Ministério da Saúde Cadernos de Atenção Básica n 19 Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2006.

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

Monitoramento e Avaliação

O odontólogo da Unidade e ou auxiliar de saúde bucal fornecerão orientação sobre higiene bucal e higiene de próteses dentárias a todos os idosos cadastrados no programa de atenção à saúde do idoso na Unidade de Saúde. Será monitorado o número de idosos que receberão esta orientação. O médico da Unidade junto à equipe de saúde farão verificação dos registros e prontuários para verificar número de idosos com orientações sobre higiene bucal.

Organização e gestão do serviço

O médico e o odontólogo da Unidade realizarão orientação nas reuniões de equipe para os profissionais a fim de definir o papel dos membros da equipe para orientação de saúde bucal regular para os idosos. Para os encontros serão utilizados materiais audiovisuais, bem como cartilhas, folders e protocolo do Ministério da Saúde Cadernos de Atenção Básica n 19 Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2006.

Engajamento Público

Será promovido pela equipe orientações em todos os espaços sociais e na comunidade sobre a importância da saúde e tratamento bucal, por meio de folders,

cartazes, mídia local bem como pelos profissionais de saúde na unidade durante os atendimentos.

Qualificação da prática clínica

A equipe também será capacitada para realizar orientações de higiene bucal e de próteses dentárias. Para os encontros serão utilizados materiais audiovisuais, bem como cartilhas, folders e protocolo do Ministério da Saúde Cadernos de Atenção Básica n 19 Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2006.

2.3.2 Indicadores

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

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

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

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Meta 2.7 Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica.

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

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

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

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

Indicador 2.8 Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus.

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

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

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

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

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

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

Indicador 2.10 Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

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

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

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

Meta 3.1 Buscar 100% dos idosos faltosos as consultas programadas.

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

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

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.

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

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência cadastrados na Unidade de Saúde.

2.3.3 Logística

Atenção ao Idoso em nossa unidade é considerada um problema de saúde pelas consultas não estarem em dia e não ter a qualidade necessária, já que consideramos importante esse trabalho, a equipe multiprofissional da ESF Municipal, para realizar a intervenção utilizará o protocolo da saúde do idoso de 2006, preconizado pelo Ministério da Saúde, faremos contato com a comunidade já que não contamos com associação de moradores, na igreja da área de abrangência e apresentaremos o projeto de intervenção esclarecendo a importância da atenção

dos idosos solicitando apoio da comunidade para ampliar a cobertura deste grupo de usuários.

Será utilizado os prontuários, registros específicos, e prontuários eletrônicos, serão implementadas uma agenda de idosos que abrangerão informações específicas e complementares (exemplo informações sobre avaliação multidimensional rápida, exames complementares, registro de idosos hipertensos e diabéticos, idosos acamados, com avaliação de saúde bucal em dia). Estima-se com a intervenção atingir uma meta de 100%, atendimento a 184 idosos da área de abrangência no Bairro Municipal o acompanhamento da intervenção será registrado em uma planilha eletrônica de coleta de dados.

Para acolher a demanda de intercorrências agudas não há necessidade de alterar a organização da agenda, estas serão priorizadas na consultas disponíveis para pronto atendimento. Para agendar os idosos provenientes da busca ativa serão reservadas 5 consultas por semana, para a visita aos idosos acamados será reservado 2 visitas domiciliares todas as semanas, também para os que tem dificuldade para locomover-se.

Para organizar o registro específico dos idosos, a enfermeira revisará o livro de registro identificando todos os idosos que vieram a consulta nos últimos três meses. A profissional localizará os prontuários destes idosos e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário, ao mesmo tempo realizará monitoramento sobre consultas em atrasos, exames clínicos e laboratoriais em atraso, e consultas de odontologia em atraso. Posteriormente os agentes comunitários monitoram, por meio trabalho de campo, na captação dos faltosos na agenda, e nos reagendamentos de procedimentos/exames, estas checagens serão feitos por ACS, e a enfermeira com uma frequência semanal

Os idosos possuirão critério de prioridade no atendimento à demanda espontânea, no acolhimento, serão realizadas todas as avaliações, procedimentos (exames clínicos inerentes ao médico, encaminhados solicitações de exames laboratoriais e já agendada a próxima consulta enquanto as necessidades. Na qualificação clínica, toda a equipe está em processo de educação continuada, atualizando-se conforme os protocolos de Misterioso de Saúde para prestar uma assistência integral aos idosos, esta capacitação vai ocorrer na Unidade Básica por médico, em reunião de equipe durante três semanas.

Com relação ao engajamento público, as orientações acerca da importância do acompanhamento dos idosos abrangem todos os níveis da comunidade, tais orientações/esclarecimentos ocorrem nos grupos de apoio, nas escolas, na igreja e nos demais espaços que oportunizem a disseminação do conhecimento. Além do espaço na própria unidade, por meio de salas de espera e materiais informativos (folders, panfletos, cartazes) que são disponibilizados ao público, objetivando a educação em saúde na proposta da saúde dos idosos, esta capacitação serão realizadas por médico e enfermagem durante duas semanas na igreja, na escola e na unidade as quartas feiras a tarde com apoio das ACS.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Chegando ao término da intervenção, conclui-se que todos os indicadores e metas pactuada, bem como as ações previstas foram desenvolvidas, mesmo que algumas, não foram realizadas como planejado, em razão das férias da coordenadora do projeto onde foi reduzido de 16 semanas para 12 semanas o período de intervenção, no entanto considerando as possibilidades e condições de trabalho, para a equipe todas as ações foram desenvolvidas. Durante estes três meses realizamos intervenção no serviço, o projeto que teve por objetivo melhorar a cobertura do Programa de Atenção à Saúde dos Idosos da nossa comunidade. Realizamos na primeira semana a capacitação da equipe na revisão dos manuais de idoso (BRASIL, 2006). Foram realizadas reuniões e leituras prévias do manual, informações e recursos didáticos e continuamos emergindo conforme as necessidades. Foram sendo cadastrados e acompanhados os idosos alimentando os dados nas planilhas de coleta de dados, do curso da UFPEL. Na primeira semana a intervenção parou porque a médica da Unidade responsável pelo projeto viajou de férias para visitar sua família e a equipe não deu continuidade a intervenção.

Ao regressar a médica retomou as atividades da intervenção, realizou reunião de equipe para lembrar o trabalho que seria realizado, novamente foi discutido entre a equipe as ações que seriam desenvolvidas afim de garantir as metas referentes a melhoria da atenção à saúde dos idosos, dando continuidade ao nosso trabalho. Também junto com as enfermeiras organizamos os arquivos e registros para o trabalho, o qual ficou na minha sala de consulta para ter melhor acesso aos mesmos.

Definiu-se uma agenda para este tipo de atendimento e começou o agendamento das consultas, para organizarmos assim nosso trabalho e realizar o

acolhimento dos idosos cadastrando no projeto da Unidade. Foi implantada para estes registros a planilha/ficha/registro específica de atendimento pela médica e as enfermeiras. Contatamos com o gestor municipal para o provimento de insumos que utilizaremos durante todo o desenvolvimento do projeto.

Neste momento, todos os profissionais da equipe estiveram envolvidos nas avaliações dos idosos, através de atendimentos individuais, no acolhimento, agendamento dos atendimentos, nas triagens e verificação de sinais vitais, de atendimentos coletivos, nas visitas domiciliares. Toda equipe colaborou de alguma forma nas atividades. Os ACS sentiram-se valorizados participando efetivamente do projeto, auxiliaram na verificação da caderneta dos idosos nas visitas domiciliares, orientações aos agendamentos das avaliações na ESF. Participaram dos grupos de educação em saúde na comunidade, convidando os idosos e seus familiares.

A monitoração e avaliação do trabalho foi sendo diários, as enfermeiras e a médica foram atualizando cada detalhe das planilhas, além da caderneta para idosos. A semana 5 começou com muitas atividades, já fazendo atividade de grupo na igreja da comunidade com a participação de muitos idosos, aproveitarei para oferecer todas as orientações sobre a prevenção de doenças, como hipertensão arterial, diabetes, além das orientações nutricionais, hábitos de alimentação saudáveis, a não adesão ao uso de tabaco, álcool drogas e a importância da prática de atividade física regular, foi realizada atividade durante toda a intervenção mensalmente, de acordo com o cronograma organizado para o desenvolvimento do projeto de intervenção. Foi dada continuidade às atividades relacionadas ao mesmo, visitamos a todos os idosos em seu domicílio, aqueles com dificuldades para locomover-se e alguns acamados, também foi possível ter contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da atenção e a qualidade da saúde dos pacientes idosos, ficamos muito feliz porque foi muito produtiva, demonstraram muito interessados com o projeto. Durante toda a intervenção todos os idosos faltosos as consultas receberam busca ativa pelos ACS atingindo 100% das metas de busca ativa.

Foram sendo atualizadas as informações do SIAB pela médica e as enfermeiras com os dados dos idosos em cada atendimento, além da organização dos arquivos e registros junto com o monitoramento e avaliação da intervenção pelas mesmas profissionais, onde todas estas ações foram realizadas com muito amor e dedicação para atingir os objetivos propostos. Durante a intervenção foram

encontradas algumas dificuldades, como atraso nas consultas de odontologia, atraso na chegada de algum exame complementar, mas todas solucionadas e nossa intervenção teve objetivos positivos.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Na 9 semana da capacitação do grupo o objetivo principal foi a importância da prática de exercícios sistemáticos, onde os profissionais da equipe orientaram a todos os participantes sobre a importância da prática de atividade física regular. Neste momento comentamos da possibilidade de um professor de educação física fazer atividades físicas semanais na comunidade. No entanto esta ação não foi conseguida porque não houve contratação do professor, mas continuamos insistindo nesta tarefa, levando esta reivindicação ao gestor municipal

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Houve dificuldades de preenchimento de planilhas na fase inicial em razão da quantidade de informações coletadas, a médica solicitou a ajuda das ACS que apresentam maior conhecimento da população e ajudaram no reconhecimento dos idosos, no grupo com a comunidade. Os demais profissionais também colaboraram na coleta de dados e avaliação das fichas espelhos, avaliação antropométrica, aferição de pressão arterial.

A maior dificuldade foi realmente a digitação dos dados, que foi uma das partes mais trabalhosa das etapas, assim como com relação à coleta e sistematização dos dados, fechamentos das planilhas e cálculos dos indicadores que também foram trabalhosos.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Já finalizada a intervenção de acordo com o cronograma organizado para o desenvolvimento do projeto. No entanto não foi possível atingir os resultados desejados das metas pactuadas de 100% de cadastramento e acompanhamento dos idosos da área de abrangência, no entanto fico feliz, porque conseguimos implantar em nosso serviço o atendimento diferenciado para o grupo de idosos da comunidade, além do comprometimento da equipe de saúde. A equipe mostrou-se apoio com o projeto e, tanto os ACS, como as técnicas de enfermagem, demonstrando engajamento as ações desenvolvidas e comprometida com a continuidade da intervenção na Unidade após o término do projeto, pois percebe as facilidades decorrentes da organização do serviço, dos registros adequados, das capacitações da equipe, do engajamento público através da participação da comunidade no cuidado ofertado.

4 Avaliação da intervenção

Este capítulo trata dos resultados obtidos no projeto de intervenção no período de 05 de fevereiro de 2015 a 11 de junho de 2015, também descreve a discussão realizada acerca dos benefícios que este trabalho trouxe para a equipe, unidade e comunidade, além do relatório escrito para o gestor e para a comunidade, e que contém tudo o que aconteceu de estruturação na UBS, resultados obtidos, dificuldades e facilidades enfrentadas.

4.1 Resultados

Neste item serão abordados os resultados obtidos ao longo destes três meses de intervenção para cada meta. Primeiramente de forma quantitativa inicialmente sendo descritas as metas e os indicadores e sua evolução no decorrer dos meses e por fim será realizada uma análise conclusiva de forma qualitativa. É válido ressaltar que durante a intervenção foram trabalhados 6 objetivos com o intuito de qualificar o cuidado ao idoso. Durante a intervenção a UBS possuía um total de 184 idosos adstritos. A partir de agora serão descritos os resultados obtidos para cada objetivo e meta.

O primeiro objetivo da intervenção foi de Ampliar a Cobertura do Programa de Saúde do Idoso, sendo a primeira meta de realizar atendimento a 100% dos idosos na área da UBS. Ao iniciar a intervenção apenas 73 idosos tinham acompanhamento em dia um percentual de 40%. Com a intervenção obteve-se a seguinte evolução ao longo dos três meses de intervenção observado na figura 1. No 1º mês de um total de 184 idosos, 18 foram cadastrados e acompanhados no programa, representado um percentual de 9,8%; no 2º e 3º mês, foram cadastradas

61 e 101 idosos, representando uma cobertura de 33,2% e 54,9% respectivamente no programa da unidade. É válido destacar que a meta não foi atingida conforme pactuado, isto pelo fato de vários fatores como o curto período de tempo para realizar a intervenção, apenas 12 semanas e as minhas férias no mês de março que reduziu em quatro semanas a intervenção e alguns feriados. No entanto, o indicador foi avaliado positivamente, pois permitiu um grande avanço no acompanhamento, além de que pretende-se ampliar esta cobertura gradativamente ao longo dos próximos meses. A ação que mais auxiliou na atenção dos idosos foi o cadastramento de toda a área adstrita por parte dos agentes comunitários de saúde que realizavam visitas domiciliares para chamar os idosos para a consulta.

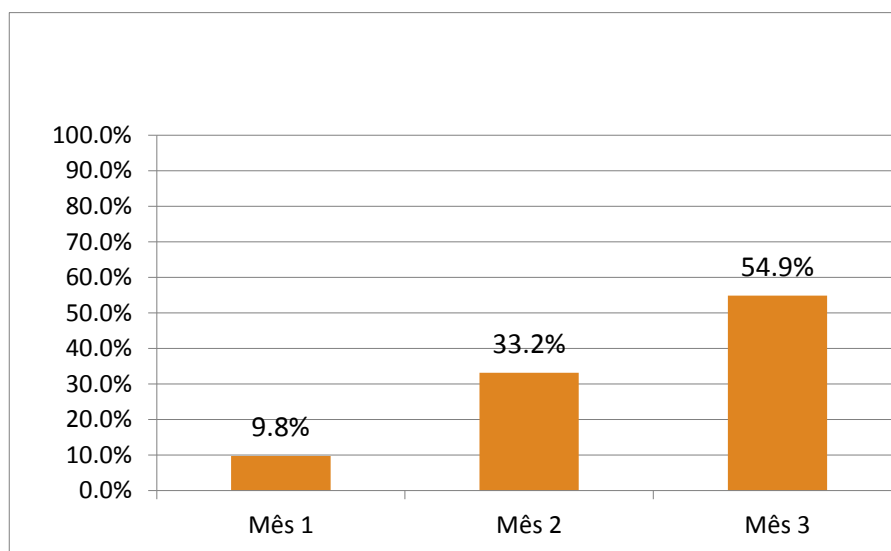


Figura 1: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde

O segundo objetivo foi de Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde, sendo a primeira meta realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde tendo como indicador o número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia entre o total de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde. Ao longo da intervenção teve a seguinte evolução, no mês um dos 18 idosos cadastrados todos foram avaliados, no mês dois dos 61 idosos cadastrados todos

foram avaliados e no terceiro mês dos 101 idosos avaliados a mesma foi realizada aos 100% dos idosos durante as 12 semanas de intervenção. Foi possível atingir a meta devido a organização da função de cada profissional da equipe nas etapas da intervenção.

A segunda meta de 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. Foi avaliado o número de idosos com exame clínico apropriado em dia com relação ao número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde. Ao longo da intervenção teve a seguinte evolução, no mês um dos 18 idosos cadastrados todos foram avaliados, no mês dois dos 61 idosos cadastrados todos foram avaliados e no terceiro mês dos 101 idosos avaliados o mesmo foi realizado aos 100% dos idosos durante as 12 semanas de intervenção. Este indicador foi cumprido em 100% o que atingiu a meta pactuada para este indicador de qualidade nas consultas durante a intervenção Sendo este indicador avaliado como positivo, em razão da organização do agendamento semanal e busca ativa pelas ACS dos faltosos as consultas.

A terceira meta de realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos. Foi avaliado o número de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia com relação ao número de idosos cadastrados no programas pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde. Ao longo da intervenção teve a seguinte evolução, no mês um dos 18 idosos cadastrados todos tiveram solicitação de exames complementares periódicos, no mês dois dos 61 idosos cadastrados todos tiveram solicitação e no terceiro mês dos 101 idosos avaliados o mesmo foi realizado aos 100% dos idosos durante as 12 semanas de intervenção. Este indicador foi cumprido em 100% devido à indicação de exames complementares a todos os idosos atendidos na consulta pela médica da Unidade de Saúde.

A quarta meta priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos. Foi avaliado o número de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular com relação ao número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde. Este indicador foi cumprido com um percentual 100% já que os medicamentos foram

entregados aos idosos pela Unidade Básica de Saúde e indicados para farmácia popular. A seguinte evolução ocorreu no mês um cadastrado 18 e com prescrição da Farmácia Popular os 100%, no mês dois cadastrado 61 e com prescrição os 100%, finalizando o mês três com o cadastro de 101 idosos a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular os 100%, sendo avaliado este indicador como positivo, pois desta forma prioriza-se os medicamentos que são fornecidos gratuitamente pelo município.

A quinta meta cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. Neste indicador foi avaliado o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa com relação ao número de idosos acamados ou com problema de locomoção pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde. Ressalta-se que o indicador foi cumprido pois a equipe fez atendimento prioritário para os pacientes acamados e com problemas de locomoção e identificados pelos ACS que foram 18 ao final do terceiro mês. Houve a seguinte evolução ao longo dos três meses como observado na figura 2. No mês um dos 18 pacientes da área de abrangência foram cadastrados e acompanhados 6 cerca de 33,3%, no mês dois foram cadastrados e acompanhados 15 aproximando a 83,3% e no mês quatro atingindo a meta dos 18 idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados e atendidos pela Unidade de Saúde totalizando 100% de qualidade.

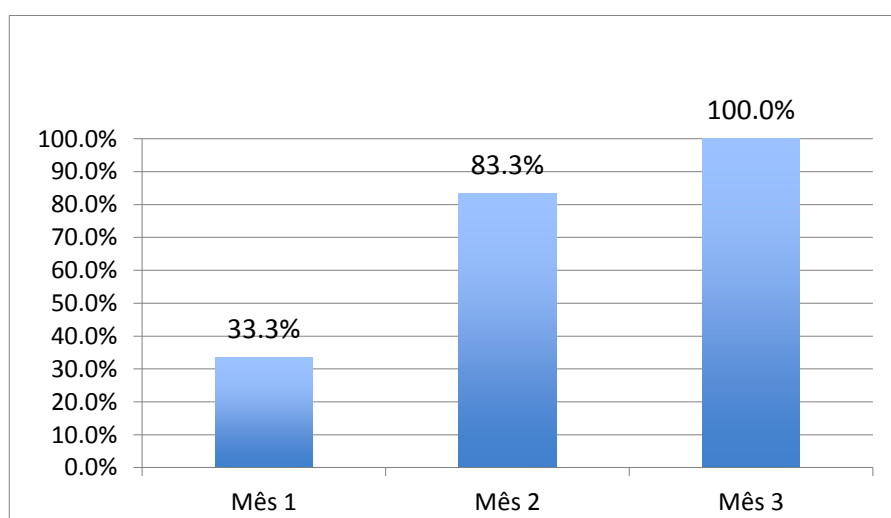


Figura 2: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

A sexta meta realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção e como indicador tivemos o número de idosos acamados ou com problema de locomoção que receberam visita domiciliar entre o total de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde. No mês um dos 6 idosos cadastrados, cerca de 100% receberam visita domiciliar, no mês dois foram cadastrados 15 idosos, sendo que 100% receberam visita domiciliar e no mês três dos 18 idosos cadastrados, os 100% receberam atendimento domiciliar. Ressalta-se que o indicador foi cumprido pois a equipe fez atendimento prioritário para os pacientes acamados e com problemas de locomoção e identificados pelos ACS. Além da organização da agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção, orientação a comunidade sobre a disponibilidade de visita domiciliar foi possível que 100% dos pacientes fossem avaliados.

A sétima meta rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e como indicador tivemos o número de idosos com medida da pressão arterial na última consulta entre o total de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde. O resultado foi de 100% durante as 12 semanas da intervenção. A seguinte evolução ocorreu no mês um cadastrados 18 e rastreados os 100%, no mês dois cadastrados 61 e rastreados os 100%, finalizando o mês três com o cadastro de 101 idosos e rastreados os 100%. Este indicador foi cumprido em 100% já que foi garantido todos os instrumentos necessários para a tomada de pressão arterial (esfigmomanômetro) e enfermeira e médico realizaram aferição da pressão em todas as consultas e atividades de grupo.

A oitava meta rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM) tendo como indicador a quantidade de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus entre o total de idosos com pressão sustentada maior que 135/80mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica. A seguinte evolução ocorreu nos meses de intervenção. No mês um cadastrados 18 e rastreado os 100%, no mês dois cadastrados 61 e rastreado os 100%, finalizando o mês três com o cadastros de 101 idosos e rastreado os 100%. Este indicador foi cumprido em 100% já que se indicaram exames complementares como para rastreamento da diabetes a 100% dos idosos hipertensos.

A nona meta realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos e como indicador tivemos o número de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico entre o total de idosos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde. No primeiro mês de 18 idosos cadastrados, 100% receberam avaliação da necessidade de atendimento odontológico, no segundo mês de 61 cadastrados, 100% avaliados, no terceiro mês dos 101 cadastrados, 100% foram avaliados para necessidade de atendimento odontológico. Este indicador foi cumprido em 100% já que a dentista e auxiliar de saúde bucal realizaram treinamento a toda equipe, agendando e dando prioridade às avaliações dos idosos que foram sendo cadastrados.

A décima meta realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos tendo como indicador o número de idosos da área de abrangência na UBS com primeira consulta odontológica programática entre o total de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde. Este indicador apresentou uma evolução ao longo dos meses observado na figura 3. No primeiro mês de 18 idosos cadastrados 14 receberam a avaliação 77,8%, no segundo mês de 61 cadastrados 57 foram avaliados 93,4, no terceiro mês dos 101 cadastrados 97 foram avaliados 96% de meta de qualidade já que os idosos acamados não tiveram a primeira consulta odontológica a equipe de saúde bucal não assiste as visitas domiciliar. Esta meta foi avaliada como positiva, pois a odontóloga priorizou o atendimento aos idosos que estavam sendo cadastrados no projeto, sendo que pretende-se dar continuidade nos meses seguintes, assim como de atendimentos a idosos acamados.

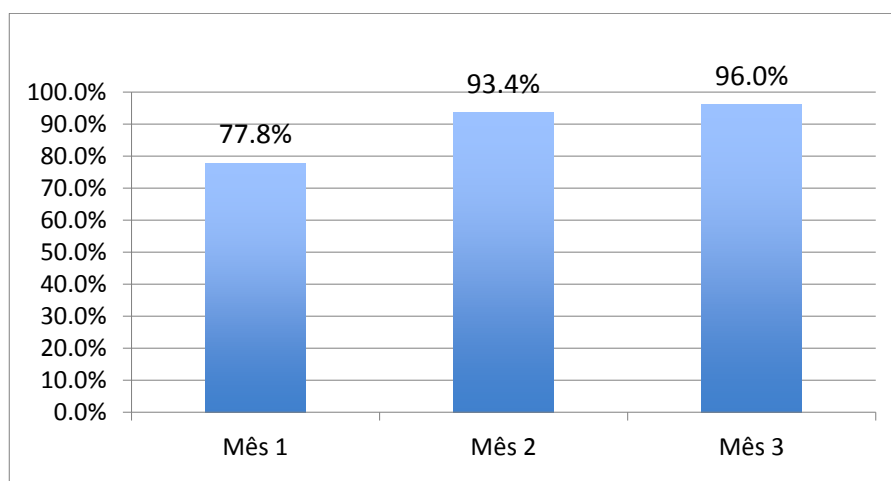


Figura 3: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

O terceiro objetivo foi de melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso, sendo a primeira meta buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas tendo como indicador o número de idosos faltosos às consultas programadas e buscados pela unidade de saúde entre o total de idosos faltosos às consultas programadas. Durante a intervenção apenas 3 idosos faltaram a consulta programática, um em cada mês e foi realizada busca ativa na proporção de 100%. Este indicador foi cumprido em 100% já que foi feita uma busca ativa pelos ACS, e monitoramento de toda a equipe de saúde e também uma organização nas visitas domiciliares para a busca dos faltosos.

O quarto objetivo foi de melhorar o registro das informações, sendo a primeira meta manter registro específico de 100% das pessoas idosas e como Indicadores têm o número de fichas de acompanhamento/espelho com registro atualizado entre o total de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde. A seguinte evolução ocorreu nos três meses de intervenção. No mês um cadastrado 18 e com registro atualizado os 100%, no mês dois cadastrado 61, com registro atualizado os 100%, finalizando o mês três com o cadastro de 101 idosos registro atualizado os 100%. A maior dificuldade estava na qualidade do registro das informações que não era adequada o qual foi melhorado nos idosos atendidos neste período. Este indicador foi cumprido em 100% já que se manteve as informações de SIAB atualizadas pelo médico e enfermeiro, foi implantado a planilha de registros específicos de acompanhamento dos idosos e definido responsável pelo monitoramento dos registros, a técnica em enfermagem.

A segunda meta distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados tendo como indicador o número de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa entre o total de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde. A seguinte evolução ocorreu no mês um cadastrado 18 e com caderneta em dia os 100%, no mês dois cadastrado 61, com caderneta em dia os 100%, finalizando o mês três com o cadastro de 101 idosos e com caderneta em dia os 100%. Este indicador foi

cumprido em 100% já que foi solicitado ao gestor de saúde as Cadernetas de saúde da pessoa idosa e entregues nas consultas também preenchimento dos dados.

O objetivo cinco foi mapear os idosos de risco da área de abrangência, sendo a primeirametá rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade tendo como indicador o número de idosos rastreados quanto ao risco de morbimortalidade entre o total de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde. A seguinte evolução ocorreu nos meses de intervenção. No mês um cadastrado 18 e com rastreio de morbimortalidade os 100%, no mês dois cadastrado 61, com rastreio de morbimortalidade os 100%, finalizando o mês três com o cadastro de 101 idosos e com rastreio de morbimortalidade os 100%. Este indicador foi cumprido em 100%. Foi priorizado o atendimento de idosos de maior risco de mortalidade, orientado aos idosos sobre seu nível de risco e importância do acompanhamento mais frequente e capacitado os profissionais para identificação de risco de morbimortalidade da pessoa idosa.

A segunda meta investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas e como indicador tivemos o número de idosos investigados quanto à presença de indicadores de fragilização na velhice entre o total de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde. A seguinte evolução ocorreu nos meses de intervenção. No mês um cadastrado 18 e avaliados os 100%, no mês dois cadastrado 61 e avaliados os 100%, finalizando o mês três com o cadastro de 101 idosos e avaliados os 100%. Este indicador cumprido em 100% monitorando-se o número de idosos para indicador de fragilização na velhice e capacitamos os profissionais para identificação dos indicadores de fragilização na velhice.

A terceira meta avaliar a rede social de 100% dos idosos tendo como indicador o número de idosos com avaliação de rede social entre o total de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde. A seguinte evolução ocorreu nos meses de intervenção. No mês um cadastrado 18 e avaliados os 100%, no mês dois cadastrado 61 e avaliados os 100%, finalizando o mês três com o cadastro de 101 idosos e avaliados os 100%. Este indicador

cumprido em 100% monitorando a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS, facilitando o agendamento e visita domiciliar a idosos com rede social deficiente e capacitando a equipe para avaliar rede social dos idosos.

O sexto objetivo foi de Promover a saúde dos idosos, sendo a primeira meta garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas e como indicador tivemos o número de idosos com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis entre o total de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde. A seguinte evolução ocorreu nos meses de intervenção. No mês um cadastrados 18 e orientados os 100%, no mês dois cadastrados 61 e orientados os 100%, finalizando o mês três com o cadastros de 101 idosos e orientados os 100%. Este indicador foi cumprido a 100%, sendo monitorado a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudável para todos os idosos, foi definido o papel dos membros da equipe para orientação nutricional, e orientamos a equipe para orientação nutricional de acordo com os Dez passos para alimentação saudável da população brasileira.

A segunda meta garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% dos idosos e como indicador temos o número de idosos com orientação para prática regular de atividade física entre o total de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde. A seguinte evolução ocorreu nos meses de intervenção. No mês um cadastrados 18 e orientados os 100%, no mês dois cadastrados 61 e orientados os 100%, finalizando o mês três com o cadastros de 101 idosos e orientados os 100% para a prática regular de atividade física. Monitoramos a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos. Monitorado o número de idosos que realizam atividade física regular. Definimos o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular. Demandamos do gestor municipais parcerias institucionais para realização de atividade física. Capacitamos a equipe para orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular.

A terceira meta garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados tendo como indicador o número de idosos com orientação sobre higiene bucal entre o total de idosos da

área de abrangência cadastrados na unidade de saúde. A seguinte evolução ocorreu nos meses de intervenção. No mês um cadastrados 18 e orientados os 100%, no mês dois cadastrados 61 e orientados os 100%, finalizando o mês três com o cadastros de 101 idosos e orientados os 100%. Organizamos tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual. Orientamos os idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias, e Capacitamos a equipe para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias.

4.2 Discussão

A intervenção na Unidade Básica de Saúde, propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos idosos, a melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para a ampliação do exame multidisciplinar rápido, com exame clínico apropriado em dia, a solicitação de exames complementares em dia, aumentamos a prescrição de medicamentos em farmácia popular. Aumentou as visitas domiciliares de idosos acamados e com problemas de locomoção, também aumentou a proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes um maior número de idosos com avaliação de necessidades odontológicas, além de aumento de avaliação de rede social em dia.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento dos idosos. Esta atividade promoveu o trabalho integrado da médica, da enfermeira, da auxiliar de enfermagem e da recepção e ACS, ficou em linhas gerais como atribuições de enfermagem a avaliação das prioridades de atendimento dos idosos dependendo dos riscos, as auxiliares de enfermagem a avaliação multidisciplinar rápida, também atualização dos registros, as ACS e recepcionista da Unidade o cadastramento dos idosos de área de atuação da unidade assim como busca ativa dos faltosos as consultas, e a médica pela atenção especializada dos idosos. Isto acabou tendo impacto também em outras atividades no serviço como o seguimento das doenças crônicas que tiverem um seguimento melhor.

Antes da intervenção as atividades de atenção as idosos eram concentradas na médica. A intervenção foi importante para rever as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas nesta idade, a melhoria do registro e o agendamento dos idosos viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea. A classificação de risco dos idosos tem sido cruciais para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos.

O impacto da intervenção já é percebido pela comunidade que consideram muito importante. Os idosos demonstram satisfação com a prioridade no atendimento, porém gera insatisfação na sala de espera entre os outros membros da comunidade que desconhecem o motivo desta priorização. Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos muitos idosos sem cobertura da atenção.

Poderia fazer diferente caso iniciasse a intervenção neste momento, pois hoje tenho mais conhecimento e considero que a intervenção poderia ter sido facilitada se desde a análise situacional eu tivesse discutido as atividades que vinha desenvolvendo com a equipe. Agora que estamos no fim do projeto, percebo que a equipe está integrada, porém, como vamos incorporar a intervenção a rotina do serviço, teremos condições de superar algumas das dificuldades encontradas como cadastramento de todos os idosos.

A intervenção será incorporada a rotina do serviço. Para isto, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação a necessidade de priorização da atenção dos idosos, em especial os de alto risco serão os próximos passos. A partir do próximo mês, pretendemos investir na ampliação de cobertura dos idosos, tomando este projeto como exemplo, também pretendemos implementar o programa de atendimento especializado para hipertensos e diabéticos na UBS.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezado gestor:

Foi realizado um projeto de intervenção na Unidade de Saúde da Família Central como pré-requisito do curso de Especialização em Saúde da Família, este projeto teve como objetivo a melhoria da atenção à saúde do idoso, sendo realizado ao longo de três meses, iniciou em 05 de fevereiro e término em 11 de junho de 2015. É válido ressaltar que durante esta intervenção a equipe tinha 184 idosos adstritos que participaram deste projeto.

Houve várias etapas na qualificação da equipe, sensibilização da comunidade através dos grupos de educação em saúde com a população alvo do projeto e seus familiares, onde se trataram temas de muita importância como alimentação saudável, prática sistemática de exercícios físicos, fatores de risco para doenças crônicas, uso de medicamentos para tratamento de doenças mentais, saúde bucal entre outros que ajudaram a estes pacientes a evitar novas doenças e manter compensados aquelas doenças já presentes. Coleta de dados com agendamentos de avaliações dos idosos e atendimentos da livre demanda idosos que procuravam a Unidade por algum problema de saúde e coleta de dados de prontuários da Unidade. A comunidade contribuiu de forma significativa, os idosos comparecendo quando solicitado e participando dos grupos de orientação.

Quantitativamente foram monitorados 101 idosos, atingindo uma meta de cobertura de 54,9%, sendo que após a intervenção 100% desses estão com avaliação multidisciplinar rápida em dia, todos os idosos e hipertensos com solicitação de exames complementares em dia, aos 100% dos idosos indicamos prescrição de medicamentos em farmácia popular priorizada, visitamos aos 100% dos idosos acamados e com problemas de locomoção, e os 100% de idosos hipertensos forem rastreados para diabetes (conforme protocolos), 100% dos idosos

receberam todas as informações em saúde inerente saúde bucal, hábitos alimentares saudáveis, pratica sistemática de exercícios físicos.

No primeiro momento, foi informado a o gestor sobre os objetivos da intervenção, sendo esta pertinente aos interesses e necessidades da comunidade, organizado as capacitações da equipe de acordo com nos protocolos SUS da assistência, revisão dos registros e informações/orientações divulgadas no âmbito da comunidade. Foi repassada à gestora toda a logística proposta, bem como o desenvolvimento das ações a serem implementadas, para que se atingisse o objetivo e metas propostas. As ações foram organizadas e remanejadas de acordo com as necessidades e/ou sugestões da gestora, não interferindo no cronograma proposto.

A equipe, através da capacitação dos protocolos vigentes, pelo Ministério de Saúde, ampliou a eficiência da captação precoce, protocolos, diagnósticos e monitoramento dos idosos, acompanhadas na unidade. As ações programáticas foram realizadas em parceria multiprofissional e interdisciplinar com toda a equipe de saúde, de forma individual e/ou coletiva. Todos os integrantes da equipe foram capacitados, conforme as suas competências profissionais, para dar suporte à intervenção e possuir um papel determinado a cumprir junto os usuários. As ações visaram tratamento individual e coletivo visando o apoio da comunidade em geral, o serviço repercutiu em outros níveis da saúde, refletindo os cuidados, desde a saúde das doenças crônicas não transmissíveis como a diabetes e hipertensão.

O engajamento da equipe, motivado também pelo apoio da gestão da unidade, proporcionou um folego novo a assistência em saúde, esta que respira ares de criatividade em ações voltadas a outras áreas. Foram desenvolvidas atividades em uma amplitude maior, a nível da comunidade. Exemplo: Foram realizados grandes grupos/encontros de apoio à saúde do idoso, este que contou com a patrocínio de uma escola e movimento social, foram realizadas atividades de apoio e promoção à saúde, atualmente, está se realizando atividades voltadas à saúde do homem e tem-se mantido uma agenda aberta a novas programações, conforme emergem as necessidades da comunidade.

Quantitativamente foram monitorados 101 idosos, atingindo uma meta de cobertura de 54,9%, sendo que após a intervenção 100% desses estão com avaliação multidisciplinar rápida em dia, todos os idosos e hipertensos com solicitação de exames complementares em dia, aos 100% dos idosos indicamos

prescrição de medicamentos em farmácia popular priorizada, visitamos aos 100% dos idosos acamados e com problemas de locomoção, e os 100% de idosos hipertensos forem rastreados para diabetes (conforme protocolos), 100% dos idosos receberam todas as informações em saúde inerente saúde bucal, hábitos alimentares saudáveis, pratica sistemática de exercícios físicos.

A nível da gestão do município, centralizada na Secretaria de Saúde, na coordenação de unidades, esta esteve informada de todas as atividades envolvidas diretamente na intervenção, no apoio à saúde do idoso, bem como, indiretamente, nas demais ações, na saúde do homem, mulher, desenvolvidas na comunidade. As ações contaram sempre com o apoio da coordenação das unidades, registradas e divulgadas pela imprensa local, visando disseminar informações a nível do município. “A ESF Municipal é referência em ações de educação em saúde”.(Coord. Atenção Básica)

Hoje, qualitativamente, a equipe e gestão da unidade, constatam que a partir da logística da atenção integral ao idoso, foram sanadas as falhas na adesão ao cuidado, principalmente a este grupo de usuários, em realizar todas as consultas previstas em calendário/protocolo (SUS). Tais dificuldades foram apontadas, inicialmente, pela própria gestão e equipe: a pouca adesão nas atividades de educação em saúde, a falta ao calendário de consultas previsto, e a falta de conclusão do tratamento dentário eram as mais agravantes. Neste momento, o tratamento odontológico é visto como parte essencial da atenção do idoso, desde a primeira consulta já sabem da importância desse cuidado. São promovidos grupos de apoio, estes que são realizados, mensalmente, antes das consultas clínicas/enfermagem, e após as consultas, nos quais os idosos podem retornar ao grupo.

No mesmo dia são ofertadas, as consultas clínicas ou de enfermagem, consulta odontológica e todos os procedimentos/exames que possível agendar no mesmo período, Isto minimizou os atendimentos e acolhimentos à demanda espontânea, mas os usuários já estão informados dos horários e agendas da unidade, além do que não deixaram de ser realizados os atendimentos às urgências, grupos prioritários (gestante, crianças) ou casos de risco. Portanto, não houve perdas à comunidade, ao contrário, houve uma melhor estruturação dos atendimentos e serviços prestados.

No que se refere ao engajamento público, os idosos pactuam com a equipe, desde a primeira consulta, toda a rotina dos seus cuidados, e estes abrangem a integralidade das ações, em todos os exames, avaliações, suplementações e demais rotinas da assistência plena. O serviço está estruturado, em parceria com as usuárias e junto à comunidade, e por meio do engajamento público, a logística acontece sem maiores dificuldades. Promoveu o fortalecimento do vínculo com os usuários e comunidade, bem como a adesão aos cuidados, refletiu a qualidade dos registros, embasou a implantação do tratamento odontológico, complementando as ações a saúde do idoso. A equipe assim como, a comunidade esteve engajadas na continuidade e capacitação permanente da assistência e promoção integral do cuidado.

Conclui-se que a intervenção jamais teria alcançado o limiar dos resultados obtidos se não houvesse o apoio efetivo da gestão da unidade, pois as ações causaram uma grande mudança, e como toda a mudança causa um impacto e uma desordem inicial, se não fosse o engajamento da gestão na implantação de um novo modelo mais amplo da assistência, certamente, não seriam tão eficientes os ganhos, em todos os níveis, desde a equipe à comunidade. Assim como a capacitação da assistência, a melhoria também está em caráter continuado, e baseado nos resultados expostos, tanto a equipe como a gestão estão engajados em manter essa evolução do cuidado. Também solicitamos apoio para implementação de outros projetos, que tenham os mesmos objetivos de qualificação em outras áreas da saúde como saúde da criança, da mulher, do hipertenso, diabético e que almejem a qualificação dos profissionais e vire rotina na ESF.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Através deste relato informamos a comunidade que durante três meses entre 05 de fevereiro e 11 de junho de 2015 o médico e a equipe de saúde realizaram um projeto para melhorar a Assistência à Saúde do Idoso, na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família Central. Vale ressaltar que dos 184 idosos pertencentes à Unidade 101 foram cadastrados e acompanhados pela equipe, os que não foram cadastrados foram os demais idosos que pela redução de tempo para três meses em decorrência das férias da médica coordenadora de projeto, dificultou a realização deste cuidado a 100% dos idosos da área de abrangência.

Houve num primeiro momento a sensibilização da comunidade através do contato com lideranças comunitárias onde foi repassado a importância do projeto de acompanhamento do idoso que tem como objetivo de melhorar a qualidade de vida

através de um acompanhamento regular da equipe de saúde da Unidade. Realizaram-se atividades educativas com grupos de idosos na comunidade onde se trataram temas de muita importância como alimentação saudável, a prática sistemática de exercícios físicos, fatores de risco para doenças crônicas, uso de medicamentos para tratamento de doenças mentais, entre outros que ajudaram a estes pacientes a evitar novas doenças e manter compensados aquelas doenças já presentes.

Todos os idosos que procuravam a Unidade de Saúde por algum problema de saúde foram acolhidos, cadastrados e acompanhados, realizado visitas domiciliares diariamente aos idosos da área de abrangência pelas agentes comunitárias de saúde e semanalmente pelo médico, enfermeira, técnica de enfermagem priorizando aos idosos acamados ou com problemas de locomoção e aos idosos que não compareciam a Unidade. As Agentes Comunitárias de Saúde durante as visitas domiciliares cadastravam os idosos e agendavam para que procurassem a Unidade para realizar a avaliação, além de realizar a busca ativa dos idosos que não compareciam as consultas agendadas.

A intervenção na ESF Municipal, proporcionou a melhoria da assistência: sendo que todos os 101 idosos cadastrados foram acompanhados atingindo metas de 100% dos idosos, em conformidade com todos os protocolos Ministério de Saúde, foi realizado exame clínico completo, solicitação de exames complementares, foram prescritos medicamentos da farmácia popular e 97 dos idosos receberam atendimento odontológico. Foi promovido e fortalecido o vínculo com os usuários e comunidade, proporcionou a adesão aos cuidados, melhorou registros, embasou a implantação da atenção odontológica junto a equipe, assim como a comunidade se comprometeram com o cuidado.

Com relação ao comprometimento dos usuários, é pactuado durante a consulta a continuidade do cuidado de acordo com o preconizado, desde a primeira consulta, toda a rotina dos seus cuidados, e estes abrangem todos os exames, avaliações, suplementações e demais rotinas da assistência. O serviço está estruturado, em parceria com os usuários e comunidade, e por meio desse trabalho em equipe, o desenvolvimento da assistência acontece sem maiores dificuldades. Portanto, acredita-se que a continuidade deste trabalho que foi desenvolvido para qualificar a atenção prestada à saúde do idoso terá uma importância relevante para a comunidade da área de abrangência da ESF Central, mas para que isto continue

acontecendo precisamos do apoio de todos vocês, pois sem este apoio não teríamos alcançado todos estes resultados. Além de que, entendemos que apostar no idoso é contribuir para um futuro de idosos saudáveis e por isto estamos aqui hoje contando o trabalho que foi desenvolvido e também agradecendo a colaboração de todos nas ações que foram desenvolvidas.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

As ações de intervenção, na abrangência de cobertura a 100% dos idosos acompanhados na ESF Municipal, com atendimento integral e melhoria nos cuidados propostos, gerou-me, inicialmente, certa angústia, pois apesar de já existir, previamente à intervenção, uma assistência voltada ao atendimento dos idosos na unidade, e de a equipe de saúde ser comprometida com os cuidados prestados, a parcela dos idosos que não possuíam adesão aos cuidados era muito resistente, e de difícil acesso e/ou vínculo.

A atenção ao idoso como referi anteriormente, já existia, entretanto o atendimento odontológico não era integrante, eficiente e complementando as ações ao idoso, pois os atendimentos/avaliações eram ofertados, mas para outro grupo de usuários, não era dada continuidade ao cuidado, e muito menos concluíam os tratamentos necessários. Outro fator agravante era que as consultas, exames e/ou procedimentos não seguiam o cronograma proposto pelo Ministério da Saúde, SUS, ocorrendo muitas faltas e falhas na continuidade da assistência. Entre outros pormenores que ocorriam e acabavam por tornar o cuidado menos resolutivo.

Após a explanação da proposta de intervenção à equipe, toda a estratégia e logística proposta para atingir a meta plena de 100% de cobertura, todas as capacitações da equipe e junto à comunidade em geral, disseminando as orientações acerca da importância da atenção ao idoso, nos primeiros encontros, prévios às consultas clínicas, começaram a emergir os primeiros resultados positivos na assistência: os idosos começaram a demonstrar satisfação nos cuidados, demonstravam interesse e se fizeram parte integrante nos seus planos de cuidado. Iniciou-se a pactuação do cuidado, junto ao usuário e comunidade (parceiros,

familiares). E, conseqüentemente, todo o contexto se refletiu na melhoria da assistência, atingindo-se a amplitude da demanda.

Pode-se também verificar muitas dificuldades em relação ao desenvolvimento das tarefas, que exigiam muita dedicação em especial por dificuldades com a língua que exigiam tempo, dificuldades com a utilização das planilhas, dos programas, com muito estudo e dedicação foram sendo superadas ao longo do curso. Outro ponto importante que proporcionou grande aprendizado diz respeito à metodologia de ensino através de tarefas teóricas aliadas às práticas do trabalho cotidiano. Penso que estes são os pontos mais relevantes encontrados ao longo do desenvolvimento do projeto em campo. Os resultados também foram provenientes da dedicação e do trabalho em equipe refletido pela sensibilização desta e da comunidade que colaborou na intervenção solicitada.

O curso de especialização, em toda a sua metodologia, por meio das próprias tarefas propostas, foi instigando, no decorrer da intervenção, novas idéias e auxiliando nas implementações de serviços e cuidados. Verifico que se trata de um curso muito resolutivo, que nos proporciona suporte adequado nas ações a serem desenvolvidas. O curso superou as minhas expectativas. A experiência que me foi oportunizada nos cuidados aos idosos foi muito engrandecedora, principalmente, devido ao fato de tratar de um público com muitas vulnerabilidades, muitos agravos à saúde, muita miséria e muitos tabus a serem quebrados na promoção integral à saúde

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. 2 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Informações de saúde. Demográficas e Socioeconômicas. Estimativas populacionais utilizadas na publicação Saúde Brasil 2012. Paraná (Acesso 07 de julho de 2014). Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?popestm/cnv/poppr.def>

CHAIMOWICZ, F. Tomada de decisão em Geriatria. In: MORAES, E.N. Princípios Básicos de geriatria e gerontologia. Belo Horizonte: Coopmed, 2009. P. 149-155.

BRASIL. Ministério da Saúde. Informações de saúde. Demográficas e Socioeconômicas. Estimativas populacionais utilizadas na publicação Saúde Brasil 2012- Paraná. (Acesso em 07 de julho de 2014). Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?popestm/cnv/poppr.def>

LIMA, COSTA, M. F. et al. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (1998, 2003, 2008). Ciênc. Saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.16, n.9, Sept. 2011.

NUNES, D. Validação da Avaliação subjetiva de fragilidade em idosos no município de São Paulo: Estudo SABE (Universidade de São Paulo, 2011). BRASIL

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica nº 19 - Envelhecimento E saúde Da Pessoa Idosa. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Guia Prático do Cuidador, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei no 8.842 de 4 de Janeiro de 1994. Política Nacional do Idoso. Brasília, 2006.

FREITAS EV; MIRANDA RD. Parâmetros clínicos do envelhecimento e Avaliação Geriátrica Ampla. In: FREITASEV et.al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2ª. Ed. Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan, 2006. p.900-9.

CANESQUI, A.M. 2001. Saúde coletiva, sujeito e sociedade comentários sobre uma proposta *Ciência&Saúde Coletiva*6(1):24-28, 2001.

Apêndices

Apêndice A - Fotografia 1. Atendimento ao Idoso na Unidade de Saúde.



Apêndice B - Fotografia 2. Visita Domiciliar.



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 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