

**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 á Saúde Do Idoso na UBS Washington Brosse 26,
CAMAQUA/RS**

Maria Lorena Alvarez Martinez

Pelotas, 2015

Maria Lorena Alvarez Martinez

**Melhoria da atenção á saúde do idoso na UBS Washington Brosse 26,
Camaquã/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 Soares

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

M385m Martinez, Maria Lorena Alvarez

Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS Washington
Brosse 26, Camaquã/RS / Maria Lorena Alvarez Martinez; Ana Paula
Soares, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

84 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. Soares, Ana Paula, orient. II.
Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Agradecimentos

Meu principal agradecimento é para a Prefeitura Municipal e para a Secretaria da Saúde de Camaquã, pelo apoio e por disponibilizar tudo o que era necessário para que a Equipe realizasse o presente Projeto.

Ao Sr. Secretario Municipal da Saúde, por ter atendido a nossa equipe sempre que necessário, assim como por sua atuação e dedicação para a melhoria do nosso processo de trabalho.

E, em especial, à Universidade Federal de Pelotas - Departamento de Medicina Social, pelo apoio ao nosso trabalho, nos ensinando e capacitando para que pudéssemos nos desenvolver como profissionais de saúde.

Resumo

ALVAREZ MARTINEZ, Maria Lorena. **Qualificação da Atenção à Saúde do Idoso na UBS Washington Brosse 26. Camaquã/RS.** 2015. 82f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

O envelhecimento, antes considerado um fenômeno, é hoje uma realidade na maioria das sociedades desenvolvidas ou em desenvolvimento. A população idosa no Brasil é estimada em 17,6 milhões de pessoas. O aumento da longevidade exige que os serviços de saúde estejam preparados para propiciar atenção integral à saúde, adequada às necessidades dos idosos. A UBS Washington Brosse 26 está situada no município de Camaquã com uma área de abrangência que envolve os bairros Maria da Graça e Jardim, com uma população de aproximadamente 4 mil pessoas, com uma proporção de cerca de 10% de idosos. O presente trabalho trata de uma intervenção que realizada naquela Unidade, durante 12 semanas, com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção à saúde dos idosos da comunidade. A intervenção foi desenvolvida segundo 4 Eixos: gestão do serviço, monitoramento e avaliação, qualificação da prática clínica e engajamento público. A cobertura da intervenção atingiu 50% dos idosos, ficando abaixo do pretendido, que era cobrir 60% dos usuários idosos. Quanto às metas relacionadas com a qualidade da intervenção, obtivemos resultados acima de 80% para indicadores como os referentes a realização da avaliação multidimensional rápida, a realização de exame clínico apropriado em dia, a solicitação de exames complementares periódicos, ao cadastramento de idosos com problemas de locomoção e ao rastreamento de idosos para hipertensão arterial e diabetes mellitus, entre outros. Os piores resultados foram os referentes a realização de primeira consulta odontológica para os idosos, evidenciando problemas com a oferta desses cuidados na Unidade e no Município. A intervenção foi muito importante para a equipe que passou a trabalhar de forma mais integrada e cooperativa, para o serviço que passou a funcionar de forma organizada e para comunidade, que passou a receber atendimento com garantia do acompanhamento e inclusão da família no acompanhamento dos idosos.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde da família; saúde do idoso, atenção domiciliar

Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na UBS Washington Brosse 26, Camaquã/RS, 2015.	50
Figura 2	Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia. UBS Washington Brosse 26, Camaquã/RS, 2015.	51
Figura 3	Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia. UBS Washington Brosse 26, Camaquã/RS, 2015.	52
Figura 4	Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada. UBS Washington Brosse 26, Camaquã/RS, 2015.	53
Figura 5	Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada. UBS Washington Brosse 26, Camaquã/RS, 2015.	54
Figura 6	Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados. UBS Washington Brosse 26, Camaquã/RS, 2015.	54
Figura 7	Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar. UBS Washington Brosse 26, Camaquã/RS, 2015.	55
Figura 8	Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta. UBS Washington Brosse 26, Camaquã/RS, 2015.	56
Figura 9	Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes. UBS Washington Brosse 26, Camaquã/RS, 2015.	57
Figura 10	Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. UBS Washington Brosse 26, Camaquã/RS, 2015.	57
Figura 11	Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática. UBS Washington Brosse 26, Camaquã/RS, 2015.	58
Figura 12	Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa. UBS Washington Brosse 26, Camaquã/RS, 2015.	59

Figura 13	Proporção de idosos com registro na ficha espelha em dia. UBS Washington Brosse 26, Camaquã/RS, 2015.	59
Figura 14	Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. UBS Washington Brosse 26, Camaquã/RS, 2015.	60
Figura 15	Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia. UBS Washington Brosse 26, Camaquã/RS, 2015.	61
Figura 16	Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia. UBS Washington Brosse 26, Camaquã/RS, 2015.	61
Figura 17	Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia. UBS Washington Brosse 26, Camaquã/RS, 2015.	62
Figura 18	Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis. UBS Washington Brosse 26, Camaquã/RS, 2015.	63
Figura 19	Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular. UBS Washington Brosse 26, Camaquã/RS, 2015.	64
Figura 20	Proporção de idosos com orientação sobre higiene bucal. UBS Washington Brosse 26, Camaquã/RS, 2015.	64

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário da Saúde
CAICA	Centro de Atendimento Integral a Criança e ao Adolescente
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAP	Caderno de Ações Programáticas
EAD	Educação à Distância
ESF	Estratégia da Saúde da Família
DM	Diabetes Mellitus
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NAAB	Núcleo de Apoio à Atenção Básica
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
VD	Visita Domiciliar

Sumário

Apresentação	9
1 Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	16
2 Análise Estratégica	188
2.1 Justificativa	188
2.2 Objetivos e metas	20
2.2.1 Objetivo geral	20
2.2.2 Objetivos específicos e metas	120
2.3 Metodologia	21
2.3.1 Detalhamento das ações	211
2.3.2 Indicadores	38
2.3.3 Logística	443
2.3.4 Cronograma.....	465
3 Relatório da Intervenção.....	46
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	46
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	47
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	48
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	49
4 Avaliação da intervenção.....	50
4.1 Resultados.....	50
4.2 Discussão	66
5 Relatório da intervenção para gestores	69
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	72
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	75
Referências	77
Anexos.	78

Apresentação

O presente volume trata do Trabalho de conclusão do curso de especialização em Saúde da Família - Modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas e pela Universidade Aberta do SUS, sendo o resultado das atividades que foram desenvolvidas durante as Unidades de Ensino que integram o Projeto Pedagógico do curso. O trabalho foi constituído por uma intervenção em campo, com o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos idosos da Washington Brosse 26, localizada no município de Camaquã/RS. O volume está organizado em sete unidades de trabalho sequenciais e interligadas. Na primeira parte apresentamos a análise situacional desenvolvida na unidade 01 do curso. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade dois. A terceira parte apresenta o relatório da intervenção, realizada ao longo de 12 semanas, durante a unidade 03 do curso. Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores, construídos ao longo da unidade 04. Na quinta apresentamos a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Na sexta parte encontra-se o Relatório da intervenção para os Gestores e por último o Relatório para a Comunidade. Finalizando o volume, estão os anexos utilizados durante a realização do trabalho. O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês de junho de 2013 e sua finalização ocorreu no mês de agosto de 2014, com a entrega do presente Volume, com o Trabalho de Conclusão.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A Unidade Básica de Saúde (UBS), Washington Brosse 26, localizada nos bairros Maria da Graça e Jardim, é uma UBS pequena que atende uma população de aproximadamente 4.000 pessoas (não contamos com dados específicos) que residem na área de abrangência. Contamos com as comodidades suficientes para o trabalho, assim como também o apoio e trabalho de nutricionista, fisioterapeuta, psicóloga e psiquiatra. Também contamos com um ônibus que percorre o município realizando consulta odontológica. Não é uma atenção especializada e não são constantes os atendimentos.

O trabalho na unidade é grande, sobre tudo o atendimento aos idosos e mulheres. Trabalhamos com o programa Hiperdia fazendo os controles de pacientes diabéticos e hipertensos, este se realiza duas vezes por semana para todos os pacientes cadastrados no programa e que necessitam do controle.

O município não tem Estratégia de Saúde da Família (ESF) já faz alguns anos, dessa maneira o trabalho na unidade é exclusivo de atendimento, não contamos com Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A equipe é formada por medico, enfermeira, técnica de enfermagem, auxiliar administrativo e pessoal de limpeza. É uma equipe pequena, mas que trabalha com muita coordenação, resolvendo todas as dificuldades que se apresentam no dia a dia.

Inicialmente minha visão foi um pouco negativa porque não era o que esperava, pensei que atuaria em uma UBS maior que contaria com ESF e com toda uma equipe de saúde, mas depois de começar o trabalho e conhecer as pessoas notei que poderíamos fazer muita coisa pela comunidade. A comunidade que atendemos possuiu muitas necessidades, além de ser carente de atenção, assim o trabalho dia a dia foi mudando minha maneira de pensar e hoje estou muito feliz.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Camaquã está localizado no Estado de Rio Grande do Sul ha 127 Km da capital Porto Alegre. Tem uma população de 62.764 habitantes (IBGE, 2010).

Camaquã conta com seis UBS, duas se encontram no centro da cidade e as outras quatro na periferia, todas são UBS tradicionais, não temos ESF no município há dois anos por problemas econômicos e políticos. Minha UBS é tradicional não contamos com NASF, mas contamos com profissionais como, por exemplo, Fisioterapeuta, Psicóloga, Nutricionista, Psiquiatra. O município conta também com Pronto Socorro, Pronto Atendimento (que esta em construção) e Serviço Hospitalar que têm porta de emergência, Serviço SAMU e Ambulâncias da Prefeitura.

A maioria dos exames laboratoriais é feitos no município, assim como também exames de imagem (ressonância magnética, tomografia computada, endoscopias, raio X, ultrassom). Os demais exames que realizamos no município são encaminhados para Porto Alegre.

Serviços Centro de Atendimento Integral a Criança e ao Adolescente (CAICA) e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) também são feitos aqui, têm uma equipe multidisciplinar trabalhando todos os dias com crianças e adultos.

No município contamos com atendimento de médicos especialistas, com tudo temos uma grande lista de espera e os usuários esperam pelos atendimentos pelo menos por dois meses. O atendimento é bom e muitas vezes ficam resolvidas no Município sem necessidade de encaminhar para Porto Alegre. Os especialistas que atuam no município são Cardiologia, Gastroenterologia, Traumatologia, Reumatologia, Neurologia, Pediatria, Dermatologia, Psiquiatra, Cirurgião, Ginecologia, Urologia, Otorrinolaringologia, e Oftalmologia. Os encaminhamentos são realizados pelo medico tratante na Unidade quando não tem melhora com os tratamentos já indicados por o Clinico.

A UBS número 26, Washington Brosse, é uma unidade urbana que realiza tem atendimento a 4.000 pessoas. É formada só por uma equipe, composta de médico, enfermeira, técnico de enfermagem e dois auxiliares administrativos. O posto conta também com atendimento de uma psicóloga e uma nutricionista, uma vez por semana, e um psiquiatra, duas vezes ao mês. O atendimento odontológico é

realizado uma vez por semana no turno da tarde, não contamos com equipe odontológica.

A unidade possui uma recepção, sala de prontuários arquivados por família, que têm acesso direto a recepção, sala de espera para aproximadamente 30 pessoas com um banheiro grande parcialmente adaptado para cadeirante, pois não tem barras. O banheiro é único para todos os pacientes, indiferente do sexo. Temos uma sala de vacinas equipada, um consultório de fisioterapia, sala de triagem totalmente equipada, dois consultórios médicos equipados, um consultório ginecológico com banheiro, onde se realizam os atendimentos dos especialistas. Temos um banheiro para os funcionários, copa e cozinha, sala de esterilização e o expurgo, sala de curativos e procedimentos onde também se realizam as nebulizações. Não temos sinalização de nenhum tipo. Há rampas para acesso a pessoas com deficiência, mas não têm as barras de apoio ou corrimão.

Não contamos com farmácia no posto, já que o município tem uma farmácia municipal no centro da cidade, onde se retiram as medicações de todos os postos da cidade. Tampouco contamos com consultório odontológico, o município conta com um ônibus adaptado para atendimento odontológico, que recorre todos os postos e o atendimento é realizado uma vez por semana no turno da tarde.

Pelo fato da Unidade ser uma UBS tradicional não contamos com ACS por esse motivo, não realizamos visitas domiciliares até o momento. Quando iniciei trabalho na unidade eram realizados apenas atendimentos individuais na unidade, mas agora após solicitar autorização aos gestores e conversar com a equipe, comecei a realizar visitas domiciliares aos idosos uma vez por semana. Considero um avanço, já que temos uma expressiva população idosa com problemas de locomoção ou acamados que não recebiam o devido acompanhamento. Os familiares dos idosos compareciam a unidade apenas para renovar as receitas e retirar os de medicamento, mas os idosos não recebiam um atendimento e avaliação do médico há muito tempo.

O atendimento a demanda espontânea é realizado de segunda a sexta nos dois turnos de atendimento, o problema é que contamos com poucos medicamentos para dar resolutividade as situações, os casos mais comuns são: aumento de pressão arterial, glicoses alteradas, crise asmática e febre. E como, muitas vezes não podemos resolver essas demandas na própria unidade, os pacientes têm que ser encaminhados ao PS ou hospital, isso é uma de nossas maiores dificuldades.

Uma vez encaminhados a esses outros serviços os pacientes, muitas vezes, não são atendidos adequadamente e têm que esperar muito tempo para receber o atendimento. Na Unidade se realizam os acolhimento e atendimentos de todos os pacientes que chegam se realiza as classificações dependendo a gravidade da situação, mas não se segue nenhum protocolo, a classificação se realiza para valorar a prioridade dos atendimentos e se podem ser resolvidas na unidade ou se necessita de avaliação e apoio de emergência móbil para traslado ao hospital. A unidade não posse nenhum protocolo para classificação de pacientes.

Em relação a atenção Pré-natal, o município conta com uma unidade exclusiva para os atendimentos de Pré-natal e puerpério, na qual há atendimento multidisciplinar, composto por ginecologista e obstetra, pediatra, nutricionista, assistente social, todos os dias, em todos os turnos. É feito o acompanhamento das gestantes, solicitação de exames complementares, vacinas, mas este atendimento é para gestantes de baixo risco. As gestantes de alto risco recebem o atendimento no hospital, em um setor exclusivo, que têm o nome de "Casa da Gestante", onde também têm atendimento a urgência e emergência.

Na unidade não temos os dados atuais sobre os atendimentos das gestantes, mas temos 15 gestantes de baixo risco que comparece a unidade para controles de pressão e glicemia capilar. Não temos o registro das gestantes de alto risco, as mesmas são atendidas no Hospital ou encaminhadas a Porto Alegre, dessa forma a unidade não realiza a gestão do cuidado, sendo um problema para a equipe, já que seria de muita importância conhecer os dados de todas nossas gestantes. A falta de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) contribui para esta falta de dados. Segundo o Caderno de Ações Programáticas (CAP) estima-se que em nossa área adstrita tenham 60 gestantes e que no ultimo ano teríamos tido 48 puérperas.

O mesmo acontece com a atenção as crianças, que também recebem o atendimento nessa mesma unidade que tem pediatra todos os dias. Na UBS, só se faz atendimento a criança que vêm a consulta médica com alguma doença aguda. Realizamos as vacinas das crianças de todas as idades, já que contamos com todas as vacinas, menos a BCG que só se realiza no posto do centro que faz o atendimento à criança. Quando a criança vem ao posto por alguma doença, nós fazemos agendamento para próxima consulta, para continuar com o controle, solicitamos a Caderneta da Criança, orientamos os pais sobre os cuidados, acompanhamento e prevenção de doenças. Não são realizadas consultas de

puericultura para crianças de 0 a 72 meses de forma regular e sistemática, não possuímos registro específico para o acompanhamento das crianças e não temos um protocolo que oriente as ações a esse público na unidade. Segundo o CAP estima-se que na área adstrita tenham 48 crianças menores de 1 ano.

Nossa unidade tem grande fluxo de mulheres, portanto a prevenção de câncer de colo de útero e câncer de mama é muito importante e é realizada todos os dias. Fazemos exame cito patológico de colo de útero duas vezes por semana e avaliação das mamas sempre que alguma mulher realiza consulta. Além disso, orientamos e fazemos a captação das mulheres que não têm feitos os exames. Os dados do acompanhamento ficam no prontuário clínico da paciente, não temos registro específico. As pacientes são avaliadas por toda a equipe de saúde, o primeiro atendimento é feito pela enfermagem que faz a captação durante a triagem e logo são encaminhadas ao médico que realiza os exames e acompanhamentos correspondentes.

No ano 2014 se realizarem 140 exames citopatológicos na unidade e se avaliarem e solicitarem as mamografias correspondentes, quando as mulheres tinham entre 50 e 69 anos, não se encontrarem diagnósticos positivos das doenças. Segundo o CAP temos 1.101 mulheres em nossa área adstrita entre 25 e 64 anos portanto público-alvo para realização de citopatológico para câncer de colo de útero e 413 mulheres entre 50 e 69 anos, portanto público-alvo para mamografia. Fazendo uma avaliação dos dados da unidade verificamos que estamos realizando exames muito abaixo do que era esperado.

Com respeito à Atenção a Hipertensos e Diabéticos, a população atendida é em sua maioria e idosa e portadora dessas patologias. Temos muitos usuários que já foram diagnosticados como hipertensos e diabéticos, mas que não têm um controle e acompanhamento adequados. No momento temos cadastrados apenas 90 hipertensos e 90 diabéticos. Segundo o CAP o esperado para nossa área adstrita são 894 hipertensos e 255 diabéticos. Sabemos que nossos dados estão desatualizados. Avaliando a qualidade da atenção - realizamos todos os controles, todos os dias em todos os turnos e também atendimento a demanda espontânea. Fazemos um trabalho em equipe, juntamente com a nutricionista e a psicóloga, buscando maior adesão dos pacientes ao tratamento recomendado, orientando sobre o processo da doença, prevenção e importância da alimentação saudável e do exercício físico. A população tem uma boa adesão ao acompanhamento, mas em

relação aos cuidados e hábitos alimentares e tratamento medicamentoso não temos boa adesão.

A atenção a saúde do idoso é o que mais trabalhamos, já que é nossa população majoritária. Como já descrito anteriormente iniciamos recentemente as visitas domiciliares e temos ótimos resultados com melhor controle e adequado acompanhamento. No domicílio são realizadas orientação aos familiares e cuidadores sobre a prevenção de quedas, incontinência urinária, depressão, e doenças mais comum nesses pacientes. Todos nossos pacientes têm a caderneta do idoso. Não temos um registro específico e não seguimos um protocolo que oriente a atenção ao idoso na unidade. Segundo os dados estimados pelo CAP temos 546 idosos em nossa área adstrita.

Nestas semanas temos aprendido e avaliado a estrutura, situação, funcionamento e principais carências de nossa UBS. Eu considero que minha situação mudou muito desde o começo até agora já que ao principio só se realizava os atendimentos no posto e agora começamos com as visitas domiciliares e o atendimento em equipe com nutricionista pra avaliar melhor alguns pacientes na população. Considero que ainda falta muito por fazer, mas com o trabalho e em equipe podemos conseguir trabalhar em melhores condições.

Ao chegar ao Município de Camaquã, percebemos que a cidade precisava de atendimento medico, e que eram muito carentes dessa atenção. Assim quando fui conhecer a Unidade de Saúde onde trabalharia notei que o serviço era bom, só que faltava as Estratégia de Saúde de Família (ESF) e que isso afetaria um pouco a saúde da população. A estrutura era muito boa, tem uma comodidade perfeita para o trabalho, só que a falta de pessoal era muito notável. Os atendimentos se realizavam de excelente maneira e a comunidade notava isso.

O trabalho diário era pouco, e os atendimentos se realizavam na maioria dos casos a pacientes Idosos e mulheres, não se realizavam atendimentos a crianças e puericultura, já que os profissionais não tinham os treinamentos necessários.

Com o passo dos dias e com o trabalho diário comece a perceber as mudanças no trabalho diário e com respeito ao serviço da unidade. Ao começo tínhamos muitas deficiências já seja em insumos para trabalho como em pessoal. Com o passo do tempo e com o trabalho diário essas coisas se resolverem.

Ao começo só se trabalhava com a demanda espontânea, mas depois com o passar dos dias e com o trabalho passamos a organizar a demanda programada para os grupos mais vulneráveis.

Outra mudança importante foi o nível dos atendimentos, na unidade não se realizavam os controles do Pré-natal já que o Município tem uma unidade que trabalha com os controles. Depois com o trabalho da equipe conseguimos poder fazer e começar com algum controle de baixo risco, só que temos poucos controles e não se realizam 10 por mês, mas conseguimos começar a fazer avaliações. Com respeito a saúde do Idoso forem nossas principais mudanças já que é nosso tema de eleição, conseguimos fazer agendamento de 5 pacientes por turno e começar a implementar as Visitas domiciliares que não se realizavam. Este foi nosso principal trabalho e o que mais ajudou para conhecer a toda a população, já que as visitas se realizavam com o fim de avaliar os Idosos mas assim também conseguimos as avaliações das famílias em geral.

Com respeito a os pacientes diabéticos e hipertensos os controles são muito bom e se aumentarem os dias de controle sobre todo para Idosos, se trabalha com a ficha HIPERDIA e com todos os pacientes que tem diagnóstico e estão em acompanhamento na unidade.

A saúde bucal continua sendo uma das dificuldades da unidade já que não contamos com consultório odontológico e atendimento na própria unidade. É algo que se está trabalhando com o gestor municipal mas ainda não temos resposta.

Para finalizar o relatório notamos muitas mudanças desde o começo até agora, e sabemos que temos muito ainda por trabalhar. A comunidade está conforme e a equipe também, o projeto foi muito bem aceitado e continuamos trabalhando para conseguir as mudanças necessárias para melhorar a saúde de nossa comunidade.

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

De forma comparativa, quanto ao relatório e em relação ao texto inicial (sobre a situação da UBS/APS em meu serviço), acredito que atualmente exista uma visão ampliada em relação a todas as atividades que ocorrem na UBS. Estou atuando na Unidade há alguns meses, no entanto já é possível observar com

clareza a forma como funciona todo o serviço e dessa forma colaborar para melhorias, tanto na infraestrutura do local como na organização das ações realizadas.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

O envelhecimento, antes considerado um fenômeno, faz parte da realidade atual da maioria das sociedades desenvolvidas e em desenvolvimento. No Brasil, a população estimada de idosos chega hoje a cerca de 16,7 milhões de pessoas. O aumento da longevidade exige que os serviços de saúde estejam preparados para dar uma atenção integral e adequada aos idosos, capaz de incluir também a família. (BRASIL, 2006).

Muitas pessoas idosas são acometidas por doenças e agravos crônicos não transmissíveis, que podem ser permanentes ou de longa permanência e que requerem acompanhamento contínuo. Essas doenças crônicas tendem a se manifestar de forma expressiva na idade mais avançada e, frequentemente, estão associadas. Podem gerar um processo incapacitante, afetando a funcionalidade das pessoas idosas, ou seja, dificultando ou impedindo o desempenho de suas atividades cotidianas (levantar-se, poder vestir-se sozinho, vir ao banheiro) de forma independente. Ainda que não sejam fatais, essas condições geralmente tendem a comprometer de forma significativa a qualidade de vida dos idosos. (BRASIL, 2006)

É função das políticas de saúde contribuir para que mais pessoas alcancem as idades avançadas com o melhor estado de saúde possível. O envelhecimento ativo e saudável é o grande objetivo nesse processo. Se considerarmos saúde de forma ampliada torna-se necessária alguma mudança no contexto atual, em direção a um ambiente social e cultural mais favorável para a população idosa (BRASIL, 2006).

No trabalho das equipes da Atenção Básica/Saúde da Família, as ações coletivas na comunidade, as atividades de grupo, as visitas domiciliares, o

atendimento multidisciplinar são alguns dos recursos indispensáveis para atuação deste trabalho (BRASIL, 2006).

A ação programática escolhida, Saúde do Idoso, é uma ação que devemos trabalhar e melhorar muito, já que é uma população que é muito carente em atenção primária, pelo menos em meu município. Nosso principal objetivo é melhorar a atenção desta população, para assim cumprir nossa principal meta, que é o cadastro destes pacientes, melhorar a qualidade dos atendimentos, os registros com todas as doenças, fornecer e preencher adequadamente a caderneta de saúde do idoso, fazer as avaliações necessárias para conhecer os riscos destes pacientes e fazer uma boa promoção de saúde, contando com uma equipe multidisciplinar.

A UBS Washington Brosse 26, não tem ESF, e só contamos com uma equipe pequena. O posto de saúde se encontra na periferia da cidade e tem uma população de 4000 pessoas aproximadamente. Tem uma estrutura composta por sala de espera, sala de vacinas, consultório de fisioterapia, triagem 2 consultórios médicos, 1 consultório ginecológico, sala de curativos e nebulização, administração e sala de arquivos, banho de funcionários cozinha, expurgo, sala de esterilização, e o banho de os pacientes. Devemos arrumar algumas coisas para melhorar nossa atenção ao paciente idoso, como por exemplo, colocar corrimão, sinalização.

Nossa equipe esta formada por médico, enfermeira, técnica de enfermagem, auxiliar administrativo, e auxiliar de limpeza. Nossa intervenção é importante para nós, porque pensamos que a maioria de nossa população de área de abrangência e idosa e notamos que falta atenção para eles. Precisamos ter certeza de nossa população idosa e saber qual são suas doenças mais comuns. Poder ter um atendimento mais individualizado e fluido com eles, orientar sobre as doenças mais comuns para sua idade e saber como prevenir e orientar a os familiares como ajudar e ter a capacidade de saber diferenciar os sintomas mais comuns. Sabemos que temos muitas dificuldades para a realização do projeto, como por exemplo, a falta de Estratégia de Saúde de Família, a falta de Agentes Comunitários, não contar com uma equipe odontológica e também que temos uma equipe pequena para o trabalho, as dificuldades são muitas pero também a vontade de trabalho e de mudar a realidade desta população.

A Caderneta de Saúde de pessoa Idosa, é um instrumento valioso que auxiliará a equipe e família, na identificação das pessoas frágeis ou em risco de

fragilização. Para os profissionais nos possibilita ao planejamento e organizações de Ações e melhor acompanhamento do estado de saúde destes.

As ações para Saúde do Idoso são necessárias, uma vez, que nós fornecemos melhor conhecimento dessa população na nossa área de abrangência, além de qualificar a atenção prestada. Dessa forma, conheceremos as doenças mais prevalentes nessa população, assim como os principais fatores de risco, possibilitando melhor planejamento e qualificação de nossas ações.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à Saúde do Idoso na UBS Washington Brosse 26, Camaquã\RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

- Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

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

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

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

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

- Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na Unidade Básica de Saúde Washington Brosse 26, no Bairro Maria da

Graça município de Camaquã, RS. A Unidade tem 4.000 pessoas como população adstrita, dos quais se estima que 400 sejam idosos, segundo os últimos dados que temos no município.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1: Cobertura. Ampliar a cobertura de atenção a saúde do idoso.

Meta 1.1) ampliar a cobertura de atenção a saúde do idoso da área da unidade de saúde para um 60%.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde

O monitoramento será realizado a partir do registro específico para esta população, onde será utilizada a ficha espelho que foi fornecida pelo curso. As ações serão avaliadas pelo uso da planilha de coleta de dados que também foi fornecida pelo curso para acompanhamento da intervenção por meio de indicadores mensais.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Para realizar o acolhimento a todos os idosos que recebem consulta na unidade de saúde serão fornecidas atenção individualizada a todos os idosos que buscarem o serviço, seja para consulta médica ou para controle diários. O acolhimento deverá acontecer pelos profissionais da administração e auxiliar de enfermagem.

O cadastrar todos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde será realizado por meio de um cadastro de todos os pacientes maiores de 60 anos residentes na área de abrangência. Pretende-se alcançar durante a intervenção 240 idosos. Serão responsáveis pelo cadastramento dos auxiliares administrativo, a enfermagem e o médico (nas consultas). Já que não contamos com ACS, os cadastros serão feitos no posto de saúde quando os idosos chegarem para alguma consulta ou controle. Outros cadastramentos serão realizados pela médica nas visitas domiciliares, tendo em conta as dificuldades que a equipe tem com relação as visitas.

A atualização das informações do SIAB será realizada com a colaboração da secretaria da saúde.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Realizaremos duas palestras para esclarecer aos idosos e seus familiares sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde. As palestras serão realizadas na sala de espera da unidade já que não contamos com espaço público a disposição.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Serão realizadas capacitações com a equipe nas duas primeiras semanas de trabalho pela médica da equipe para capacitar a equipe no acolhimento aos Idosos. Realizando demonstrações e capacitações sobre como realizar os cadastros.

Objetivo2: Melhorar a qualidade da Atenção ao Idoso na unidade básica.

Meta 2.1) Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos na área de abrangência.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O monitoramento da realização de avaliação multidimensional rápida pelo menos anual em todos os pacientes idosos acompanhados pela unidade de saúde será feito pela enfermeira o técnico de enfermagem da equipe, tendo um registro no prontuário clínico, ficha espelho e logo na planilha de coleta de dados, onde serão avaliados pela equipe.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Para garantir os recursos necessários para aplicação da avaliação multidimensional rápida em todos os idosos será solicitado controle de calibração dos equipamentos necessários para os controles: balança, antropometria, esfigmomanômetro, etc.

Serão realizados pela enfermagem e técnica de enfermagem no momento da triagem, antes da consulta médica os valores do peso, altura e pressão arterial, se em visita domiciliar será realizado o controle de pressão arterial no domicílio.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Serão realizadas palestras na sala de espera para orientar a comunidade sobre a importância das avaliações no tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável. Nestas palestras participaram nutricionista e médica informando e educando sobre hábitos alimentares saudáveis.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Será realizado treinamento com a equipe para a aplicação da avaliação multidimensional rápida durante a primeira semana de intervenção que será realizada pela médica da equipe e se for possível com incluindo a nutricionista. Em caso de necessidade de encaminhamento adequado, nos casos que necessitem avaliação mais complexa a equipe também será treinada para identificar os casos e realizar o devido encaminhamento.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O monitoramento da realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade de saúde será realizado pelo médico junto com enfermeira nos dias de controle dos pacientes hipertensos e diabéticos. Os dados clínicos ficaram no prontuário clínico e na ficha espelho.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

As atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos serão designadas pelo médico ou enfermeira, para a equipe que vai realizar os controles, podendo ser a técnica de enfermeira ou a enfermeira.

A busca ativa dos idosos faltosos será realizada pelo médico ou auxiliar administrativo, por meio de ligações telefônicas.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

As orientações aos pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente serão feitas pelo médico ou enfermeira durante as consultas médicas ou controles. Hiperdia, e também as informações serão transmitidas nas atividades de educação em saúde.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

A capacitação da equipe para a realização de exame clínico apropriado e registro adequado dos dados coletados na avaliação será realizada nas duas primeiras semanas do trabalho, com prioridade para a técnica de enfermagem e enfermeira. Serão realizadas pela Médica com demonstrações e controle.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Para monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde o médico realizará a devida avaliação e solicitar os exames, quando necessário.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Serão solicitados pelo médico na consulta os exames complementares, depois da avaliação médica com exame físico e controle diário. Para garantir agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo conversaremos com o gestor do município para garantir os mesmos sendo priorizados os usuários segundo a importância e urgência da doença.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

As orientações aos pacientes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares serão feitas pelo médico ou enfermeiro a fim de esclarecer dúvidas e conscientizar tanto os usuários como aos familiares sobre a importância do controle da hipertensão e diabetes e a periodicidade recomendada para a realização dos exames complementares.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

A capacitação da equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares será feitas nas duas primeiras semanas do trabalho, os exames serão solicitados pelo medico ou enfermeira, dependendo da urgência e estado do paciente.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular \ HIPERDIA.
Realizara-se um controle mensal que será feito por o administrativo.

ORGANIZAÇÃO E GESTAO.

Manter o registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e\ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Se tiver um controle com a ficha espelho onde constam todas as medicações do paciente. Será feito em conjunto com o medico e o administrativo

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular\ HIPERDIA e possíveis alternativas para ter acesso.

Explicar aos pacientes e família sobre os benefícios das medicações de Farmácia Popular e a quantidade de medicações.

QUALIFICAÇÃO DE PRÁTICA CLÍNICA.

Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos de Farmácia Popular.

Se realizaram em as 2 primeiras semanas do trabalho, se oferecera a equipe as listas com as medicações que estarão disponíveis.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

Monitorar o numero de idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Realizaremos um controle destes pacientes para ter uma avaliação ao dia, será feito pelo medico da equipe.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DE SERVIÇO.

Garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa.

Registro que será feito no prontuário clinico e agenda exclusiva para visitas domiciliar, função que estará a cargo do administrativo e controle pelo medico.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

Informar a comunidade sobre a existência do programa de atenção ao idoso da unidade básica.

Serão realizadas em as Palestras nas primeiras semanas e com boletim informativo na unidade.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

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

Se realizaram toda as semanas, no dia Terça feira pela tarde, com um mínimo de 4 pacientes por visita, será feita pelo medico da equipe.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DE SERVIÇO.

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

Agenda vai ser organizada pelo administrativo, quem se tem duvida consultara ao medico.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

Orientar a comunidade os casos em que se deve solicitar visita domiciliar.

Realizar-se-á palestras das primeiras semanas, mas também será feitas no dia a dia nas consultas o controle, pela enfermagem, técnica de enfermagem e\ou medico.

Meta 2.7: Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão arterial sistêmica (HAS)

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

Monitorar o numero de idosos submetidos a rastreamento para HAS periodicamente.

Realizara-se o controle que ficara registrado no prontuário clinico, assim como na ficha espelho ou ficha HIPERDIA. E assim poderemos ter o numero de pacientes com esta doença, para melhorar as avaliações e controles destes.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DE SERVIÇO.

Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS.

Realizaram-se todos os dias os controles de PA em os dois turnos com preferência para paciente idoso.

Garantir material adequado para a tomada da medida de pressão arterial (esfigmomanômetro)

Solicitara-se o controle mensal dos aparelhos para controle. Serão realizados pela enfermeira e técnica de enfermagem.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

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

Realizaram-se orientações nas consultas medicas e com a nutricionista sobre a importância do controle. Pelo menos uns vês a semana em pacientes com mobilidade.

Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para desenvolvimento de HAS.

Se informar e orientara nas consultas medicas e por médio de boletim informativo.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

Capacitar a equipe para verificação adequada da pressão arterial de forma criteriosa.

A maioria da equipe tem o conhecimento de controle de pressão arterial, mas se realizaram semanalmente o controle com enfermeira e técnica de enfermagem.

Meta 2.8: Rastrear um 100% dos idosos com pressão arterial maior a 135\80 mmhg ou com diagnostico de hipertensão arterial e para Diabetes Mellitus DM.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

Monitorar o numero de idosos com pressão arterial sustentada maior que 135\80 mmhg submetidos a rastreamento para DM periodicamente.

Controlara-se diariamente ficando os registros no prontuário clinico e as fichas correspondentes (espelho, coleta de dados, HIPERDIA) será feita pela enfermagem todos os dias o controle de pressão arterial e duas vezes por semana o controle de HGT.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DE SERVIÇO.

Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM.

Realizara-se duas vezes por semana no turno da manha para todos os pacientes agendados, será feito pela enfermagem.

Garantir o material adequado para a realização do hemoglicoteste na unidade.

Solicitara-se controle do aparelho mensalmente.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para desenvolvimento de DM.

Será realizado pela enfermeira em os controles semanais e pelo medico nas consultas medicas. A realização de uma palestra com a nutricionista esta agendada para poder orientar sobre fatores de risco cardiovasculares. (mas Esso dependera da agenda)

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

Capacitar a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior 135\80 mmhgou diagnostico de hipertensão arterial.

Orientara-se a realizar HGT em pacientes com diagnostico de HAS e fator de risco para DM, será feito pela enfermeira.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de idosos.

O monitoramento e avaliação serão feitas pelo medico durante a consulta medica.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DE SERVIÇO.

Cadastrar os idosos na unidade de saúde.

Os cadastros se realizaram pelo administrativo ou medico junto com os cadastros de todos os pacientes.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

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

Serão informadas durante as palestras que serão realizadas no posto de saúde.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

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

As capacitações da equipe serão realizadas nas primeiras semanas do projeto, e serão feitas pelo medico para ser encaminhadas para serviço odontológico mais próximo.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

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

O monitoramento se realizara pelo prontuário clinico, já que no posto de suade não contamos com serviço odontológico.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DE SERVIÇO.

Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde.

O acolhimento será feito no dia a dia, com os pacientes que chegam à consulta medica ou para controle.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

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

As informações a comunidade é feitas no dia a dia, nas consultas medicas e controle, os atendimentos são prioritários sempre para os idosos.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

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

As capacitações se realizaram nas duas primeiras semanas do projeto, a toda a equipe já seja para os cadastramentos ou para controle clínico.

OBJETIVO 3) Adesão. Melhorar a adesão dos idosos ao programa da saúde do idoso.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

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

Realizaram-se controles com os prontuários e agenda para os pacientes que não concorram á consulta se ligara por telefone para saber a causa de não concorrer á consulta e se fara uma nova agenda para consulta no posto o se agendara para Visita Domiciliar.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DE SERVIÇO.

Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Por médio de ligação por telefone se fara a agenda para visitas domiciliar em pacientes acamados o com problemas de locomoção.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Informara-se aos pacientes e familiares já seja nas consultas diárias no posto ou nas visitas domiciliares. Orientando sobre fatores de risco e sinais de alerta.

QUALIFICAÇÃO DE PRÁTICA CLÍNICA.

Definir com a equipe a periodicidade das consultas.

Definira-se segundo as complicações e avaliação do medico da equipe, pacientes com mais fatores de risco o com muitas doenças se realizara controle cada 15 dias.

OBJETIVO 4. REGISTRO. Melhorar o registro das informações.

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

Meta 4.2: Distribuir a Caderneta de Saúde da pessoa Idosa a 100% dos Idosos cadastrados.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

Monitorar a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na unidade de saúde.

O monitoramento será feito pela enfermeira quando realiza a triagem dos pacientes.

Monitorar os registros da Caderneta de saúde do idoso.

Será feito nas consultas e as visitas domiciliares pela enfermeira e o medico.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DE SERVIÇO.

Pactuar com a equipe o registro das informações.

Realizara-se em as reuniões de equipe, que serão feitas pela enfermeira.

Solicitar ao gestor municipal a disponibilização da caderneta de saúde da pessoa idosa.

Solicitar-se ao gestor para ter quantidade suficiente da Caderneta, para poder ser disponibilizada a todos os pacientes.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

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

Realizaram-se nas palestras com a comunidade e nas consultas os controles, pelo medico e enfermeira.

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

Informara-se sobre os dados que contem a caderneta e a importância de sempre consultar com ela em qualquer momento. Será feito pela enfermagem e medico. Solicitar-se sempre no momento da consulta.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

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

Realizaram-se em as reuniões de equipe, e serão feitas pela enfermagem e o medico.

Capacitar a equipe para o preenchimento da caderneta de saúde da pessoa idosa.

Será feita nas primeiras duas semanas do trabalho, o medico explicara a importância do preenchimento com todos os registros.

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.

Monitorar o numero de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência.

Realizara-se o controle com os prontuários e fichas do paciente, o maior controle se realizara nas reuniões de equipe e será feito pela enfermagem e medico.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DE SERVIÇO.

Priorizar o atendimento a idosos de maior risco de morbimortalidade.

Realizara-se o atendimento em prioridade ao pacientes com maior risco a agenda será feita pela enfermagem e administrativo.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

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

Serão feitas nas consultas medicas e nos controle que sejam feito fora das consultas (controle de PA, HGT) pelo medico e enfermeira respectivamente.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

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

Serão feitas nas duas primeiras semanas do trabalho, e serão atualizadas em as reuniões de equipe. As capacitações serão realizadas pelo medico quem indicara os principais registros.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

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

Serão investigados por parte da equipe durante as consultas e controles médicos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DE SERVIÇO.

Priorizar o atendimento idoso fragilizados na velhice.

A priorização a idoso se realiza sempre no posto.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

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

São orientados durante a consulta ou controle, as visitas domiciliares e palestras, pelo medica ou enfermeira.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

Capacitar os profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice.

As capacitações se realizam as primeiras semanas para reconhecer os fatores de risco de fragilização, são realizadas pelo medico.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

Monitorar todos os idosos com rede social deficiente.

O monitoramento se realiza por parte de toda a equipe, já seja no atendimento no posto ou nas visitas domiciliares.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DE SERVIÇO.

Facilitar o agendamento e a visita domiciliar os idosos com rede social deficiente.

Realiza-se agendamento por qualquer membro da equipe que reconheça rede social deficiente.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

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

Realizam-se na Unidade de saúde e é realizada por toda a equipe.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

Capacitar a equipe para avaliar a rede social dos idosos.

Realizam-se as duas primeiras semanas do trabalho, e os treinamentos em cada reunião de equipe se avalia cada situação.

OBJETIVO 6. Promover a Saúde do Idoso.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

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

Esta ação será feita em conjunto com a nutricionista serão realizadas uma vez a semana, as quarta feiras, e logo se fará o controle destes pacientes nas reuniões de equipe.

Monitorar o numero de idosos com obesidade\ desnutrição.

Também será feito em conjunto com a nutricionista.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DE SERVIÇO.

Definir o papel dos membros da equipe na orientação para hábitos alimentares saudáveis.

Em esta ação contamos com ajuda da nutricionista quem vai encarar-se da avaliação nutricional de nossos pacientes e que logo avaliaremos nas reuniões de equipe.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

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

Serão orientados nas consultas medicas e com a nutricionista. Assim também estamos organizando alguma palestra com a comunidade em conjunto com a nutricionista.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

Capacitar a equipe para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os dez passos para alimentação saudável.

Realizaram-se folhetos informativos para entregar aos pacientes com dicas em alimentação saudável, que serão realizados junto com a nutricionista.

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

Será realizado pela enfermeira nos dias de acompanhamento e controle de PA e DM (hiperdia).

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

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

Monitorização se realiza por toda a equipe, e com apoio de Nutricionista e a realização de Palestras realizadas na Unidade.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DE SERVIÇO.

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

O papel é definido nas primeiras reuniões semanais, os treinamentos da equipe; as avaliações serão feitas pelo médico e enfermeira.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

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

As orientações se realizam durante as consultas e controle na Unidade, durante as Palestras.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

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

As capacitações são realizadas nas primeiras semanas de trabalho, com orientações sobre os cuidados e prevenção de doenças.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

Monitorar as atividades educativas individuais.

Serão monitoradas pela enfermeira e médico.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DE SERVIÇO.

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

As orientações sobre higiene bucal serão feitas nas consultas médicas e controle, as consultas com odontólogo são feitas fora da Unidade já que não contamos com serviço odontológico.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

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

Orientações e avaliações são feitas na unidade pela enfermeira e médico, como prevenção de doenças, e é encaminhada a consulta odontóloga.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

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

Realizam-se nas primeiras semanas de trabalho e se continuam com as reuniões.

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 60%.

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 acesso cuja prescrição é priorizada para Farmácia Popular;

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

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

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

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

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

Meta 2.6: 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 (HAS).

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

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

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

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

Indicador 2.8: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus

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

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

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

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

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

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

Indicador 2.10: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática

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

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa 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 às consultas programadas.

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

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

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

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

Indicador 4.1: Proporção de idosos com registro na ficha espelha em dia

Numerador: Número de fichas espelho com registro atualizado

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.

Denominador: Número de idosos 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

Para a realização da intervenção em Saúde do Idoso nossa equipe decidiu adotar o Caderno de Atenção Básica Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, N° 19, 2006, como protocolo.

Para o registro específico e monitoramentos serão utilizados os prontuários clínicos, caderneta do idoso, formulário HIPERDIA, ficha espelho e planilha de coleta de dados disponibilizados pelo curso. Será solicitada ao gestor municipal a impressão das fichas.

A capacitação da equipe: as capacitações serão feitas na unidade, em reuniões de equipe que vamos começar a realizar uma vez por semana, as terças-feiras no turno da tarde com a participação do médico, enfermeira, técnico de enfermagem e auxiliar administrativo. Serão convidados a participar também a nutricionista e psicóloga.

O Acolhimento: será feita pelo auxiliar administrativo, enfermeira e técnica de enfermagem em os dois turnos para melhorar a captação dos idosos, e pela médica nas visitas domiciliares.

O cadastro dos idosos será realizado pelo médico na consulta, pelo auxiliar administrativo no balcão e enfermagem e técnica quando durante a triagem, em todos os turnos. Todo idoso que buscar o serviço para qualquer atendimento será feito o cadastro e encaminhado para controle.

O atendimento clínico desta população será feito todos os dias em todos os turnos como já vinha sendo feito, tanto pela enfermagem como pelo médico.

Em reunião semanal serão identificados os pacientes faltosos e se fará a busca de ativa dos mesmos. A busca se realizará via telefônica em primeiro lugar,

orientando os idosos a comparecer a consulta e também fazendo o agendamento para visita domiciliar. As visitas domiciliares serão feitas as terça feira no turno da tarde, pela médica.

Ações coletivas para informar a população serão feitas através de grupos mensais com a participação da médica, enfermeira, psicóloga o nutricionista. Estas reuniões grupais mensais serão feitas na unidade, na sala de espera, já que não contamos com um lugar físico mais apropriado.

3 Relatório da Intervenção

Inicialmente a intervenção foi um grande desafio, já que a equipe é pequena e não conseguíamos nos organizar para trabalhar da forma mais adequada e eficiente, mas com muita dedicação e esforço conseguimos realizar e finalizar a intervenção. Passamos por muitas dificuldades, mas conseguimos superar algumas delas e assim continuar com o trabalho e ofertar uma boa atenção para nossos pacientes idosos. A intervenção inicialmente foi prevista para acontecer em 16 semanas, mas devido o período de recesso para descanso da aluna durante o período da intervenção a coordenação do curso definiu a redução para 12 semanas.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Considerando as ações previstas conseguimos desenvolver a maioria destas, algumas em menor qualidade que outras. A ação que minha equipe deu maior atenção e obteve melhores resultados foi o cadastramento, avaliação e monitoramento dos pacientes idosos. Já que não tínhamos um cadastramento atualizado e nossa população estava muito pouco informada sobre seus direitos e benefícios. Conseguimos fazer um bom controle dos pacientes e assim fazer os cadastramentos e monitoramento necessários.

O acolhimento foi realizado com todos os idosos e seus familiares que compareceram na unidade. Os atendimentos eram prioritários para pacientes idosos, como já era de rotina na unidade, e aconteciam nos dois turnos. Com a intervenção iniciamos os agendamentos para esse público, sendo reservados cinco idosos pela manhã e cinco pela tarde. Os atendimentos para pacientes portadores de HAS e DM foram aumentados para quatro dias na semana, e com prioridade aos idosos.

Informamos a população sobre nosso projeto, não do jeito que esperávamos porque a falta de pessoas em nossa equipe foi um ponto dificultado, sobre tudo a

falta de ACS. Com respeito ao trabalho com a comunidade foi realizado nas salas de espera, para as famílias e ao próprio paciente durante consultas e visitas, elaboramos também boletim informativo que colocamos no mural do posto de saúde. Todos os integrantes da equipe contribuiriam dando informações as famílias.

A capacitação da equipe foi realizada com facilidade. A capacitação foi realizada nos duas primeiras semanas, esteve a cargo da médica e enfermagem, incluindo toda a equipe. Durante o treinamento as capacitações mais importantes foram sobre o acolhimento e acompanhamentos de nossos pacientes, assim como controle da pressão arterial, realização da glicemia capilar e avaliações de fatores de risco que demandavam atenção imediata do profissional médico, assim como também as informações sobre alimentação, exercício físico, e saúde bucal.

As reuniões da equipe aconteceram a cada 15 dias e se realizarem seis reuniões durante toda a intervenção. As reuniões ocorriam as terças feiras e tinham uma duração de uma hora e meia, dependendo dos temas a discutir. Houve participação de toda a equipe, e muitas vezes, também da nutricionista e psicóloga.

Com respeito as avaliações tivemos um bom controle e avaliação multidimensional, com apoio de Nutricionista e Psicóloga, que ajudarem muito a equipe sobre todo com nossos pacientes hipertensos e diabéticos. Assim como também ajudando nas promoções de saúde, alimentação e exercício físico. Com respeito as avaliações da Nutricionista, forem sobre tudo com respeito a pacientes descompensados e com sobrepeso ou obesidade. Durante as reuniões de equipe se faziam as avaliações dos pacientes que necessitavam avaliação multidisciplinar. Foi solicitado suporte da psicóloga para alguns pacientes com alterações emocionais como depressão. As ações de prevenção a saúde se contou com apoio da nutricionista que realizava palestras com a comunidade onde se tratarem temas sobre alimentação saudável e importância da atividade física.

A busca dos faltosos se realizava por telefone já que a falta de locomoção não permitia ir ao domicílio, apesar de termos tido poucos os pacientes faltosos.

Para a coleta de dados forem utilizadas a ficha espelho e planilha de coleta de dados que forem disponibilizados pelo curso, como instrumentos muito importantes para nosso trabalho.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

A maior dificuldade identificada pela equipe foi o reduzido número de profissionais, já que não contávamos com ACS, uma vez que o município não conta com Estratégia Saúde de Família, mas a equipe procurou o alcance das metas, sem sucesso em algumas situações.

A falta transporte para a realização de visitas domiciliares foi um impedimento para a mesma, já que muitas vezes não tínhamos carro o que tornava difícil o deslocamento para o interior do município. Diante disso muitos pacientes acamados ou com dificuldade de locomoção não realizaram avaliação e o controle necessários. A equipe buscou dialogar com o gestor municipal para solicitar um carro todas as semanas, mas não conseguíamos isso já que os carros eram ocupados para outras atividades. Em algumas semanas foi disponibilizado o carro e assim se conseguiu realizar as visitas.

O atendimento odontológico não foi realizado, já que não contamos com consultório odontológico na unidade. O médico ou o enfermeiro realizavam as avaliações de saúde bucal e identificação de necessidade de atendimento e quando necessário encaminhavam para consultas com odontólogo em outros postos de saúde, mas os idosos por dificuldades de locomoção não buscavam esse atendimento. A equipe contava com um ônibus adaptado em consultório odontológico, mas ele também não foi mais a unidade, dessa forma ficamos sem qualquer atendimento odontológico. Realizamos uma reunião com o gestor para solucionar este problema, mas não conseguimos resolver essa situação a tempo para a intervenção.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

As dificuldades encontradas na coleta de dados e o cálculo dos indicadores ocorreram no primeiro mês, sendo mais complicado porque não entendíamos muito a planilha, e assim alguns indicadores tiveram resultados baixos. Depois que arrumamos a planilha de coleta de dados e revisamos os dados dos pacientes para assim solucionar os erros que tinham na planilha passamos a compreendê-la melhor. Nesse processo identificamos metas que não estava sendo avaliadas, e assim só tiveram início no segundo mês. Agora ao final do trabalho já estávamos

mais familiarizados com a planilha e foi mais fácil o preenchimento e fechamento da mesma.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Em nossa ultima reunião de equipe conversamos sobre dar continuidade a intervenção na unidade, já que foi um ótimo trabalho realizado com a comunidade, que inclusive agora esta se acostumou com um atendimento mais familiar e personalizado. A equipe já está habituada a esse ritmo de trabalho e concordamos que poderemos continuar desenvolvendo as ações e incorporá-las a rotina do serviço e assim seguir trabalhando e conseguir finalizar nossos objetivos, metas e ações em 100%, para que todos os idosos sejam contemplados.

Uma das ações que a equipe continua buscando é o consultório odontológico para poder trabalhar e ter um controle de saúde bucal em nossa população - pelo menos com a volta do ônibus odontológico. O problema da locomoção para as visitas domiciliares se resolveu, contamos com disponibilidade de um carro um turno por semana, serão nas terças feiras pela tarde. Com respeito ao resto das ações, os cadastramentos monitoramento e avaliações, sobre todos pacientes hipertensos e diabéticos continuam sendo realizados do mesmo jeito, os agendamentos de nossos pacientes idosos em todos os turnos, já que foi algo que teve bons resultados. Temos ciência que pode ser difícil manter o ritmo já que a equipe é pequena, mas se conseguimos até agora poderemos continuar.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A Unidade Básica Washington Brosse 26, localizada no Município de Camaquã RS, nos bairros Maria da Graça, tem uma população de 4000 pessoas que correspondem à área de abrangência, estima-se tem uma população idosa de 440 idosos, não contamos com dados atualizados.

META 1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 60%.

A presente intervenção foi realizada com o fim de melhorar a saúde dos idosos da área adstrita a UBS Washington Brosse 26. A partir dos dados estimados pela planilha de coleta de dados do curso, baseados nos dados do VIGITEL tiveram como população-alvo 400 idosos em nossa área. No primeiro mês da intervenção alcançamos 76 idosos, que correspondem a 19%, no segundo mês 133 usuários, 33,3%, e no terceiro mês 200 usuários quando alcançamos 50% do total estimado.

Não conseguimos alcançar plenamente a nossa meta de cobertura de 60%. Atribuímos esse fato a algumas questões como a falta de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), já que todos os cadastramentos se realizarem com os idosos que buscavam o serviço de saúde para consulta e nas visitas domiciliares. Também tivemos problemas com respeito às visitas domiciliares, já que não conseguíamos carro para os traslados aos domicílios. O que nos levou a alcançar os 50% foi o trabalho realizado pela equipe, a colaboração de todos os membros da equipe, e a capacitação da enfermagem e administrativo que ajudou muito para os acolhimentos e cadastros adequados. A evolução dos indicadores pode ser vista na tabela 1 abaixo.

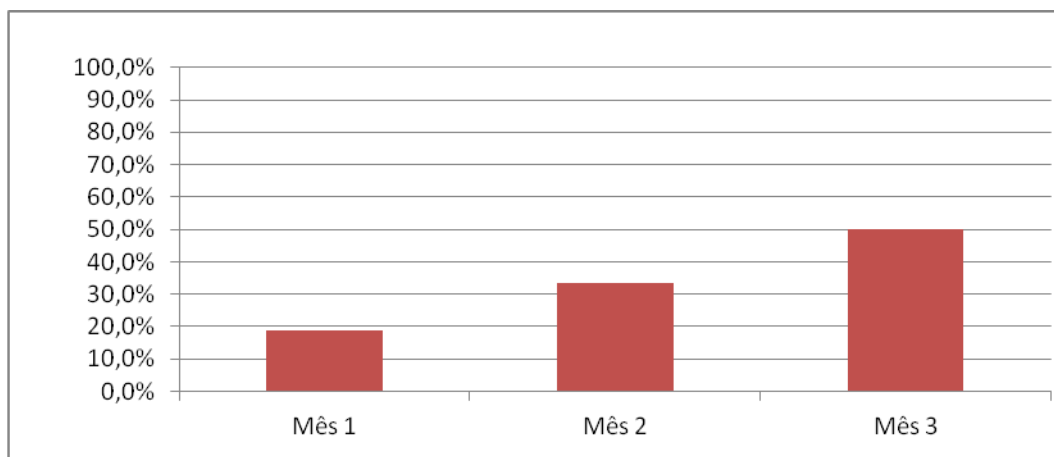


Figura 1: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na UBS Washington Brosse 26, Camaquã/RS, 2015.

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.

Com respeito a meta de realização da avaliação multidimensional não conseguimos cumprir com o planejado desde o primeiro mês. Conseguimos avaliar 56 idosos (73,7%) no primeiro mês; no segundo mês 104(78,2%); e no terceiro mês 174 (91,6%). Ao finalizar a intervenção a maioria de nossos idosos estava com avaliação multidimensional rápida em dia, mas não conseguimos alcançar a meta de 100%. A capacitação da equipe contribuiu para que a meta chegasse próximo ao que planejamos. Acreditamos que o que impediu de alcançar da meta foi á falta de organização da equipe, e também o fato de muitos idosos cadastrados serem acamados, o que torna a avaliação integral mais complexa, demandando maior tempo. A evolução dos indicadores pode ser vista na tabela 2 abaixo.

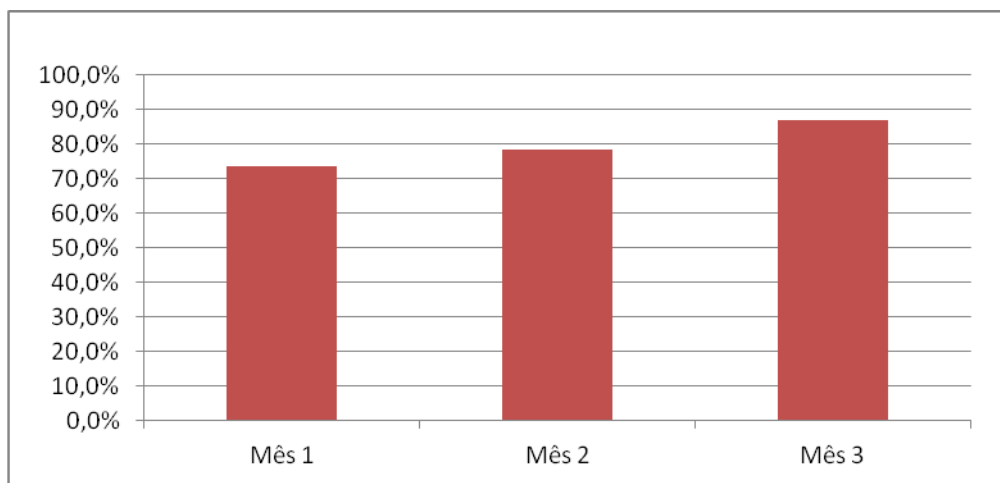


Figura 2: Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia. UBS Washington Brosse 26, Camaquã/RS, 2015.

META 2.2: Exame clinica apropriado em dia.

A maioria dos idosos desde o começo do projeto realizou o exame clinico apropriado. Com respeito a este resultado no mês 1 alcançamos 58 idosos (76,3%); no mês 2 se conseguiram 105 (78,9%); mês 3 176 (92,6%). Acreditamos que os idosos que não foram examinados adequadamente se deve aos que buscavam o serviço apenas para a renovação da receita e por falta de tempo ou disponibilidade não se realizou o atendimento adequado. [A evolução dos indicadores pode ser vista na tabela 3baixo].

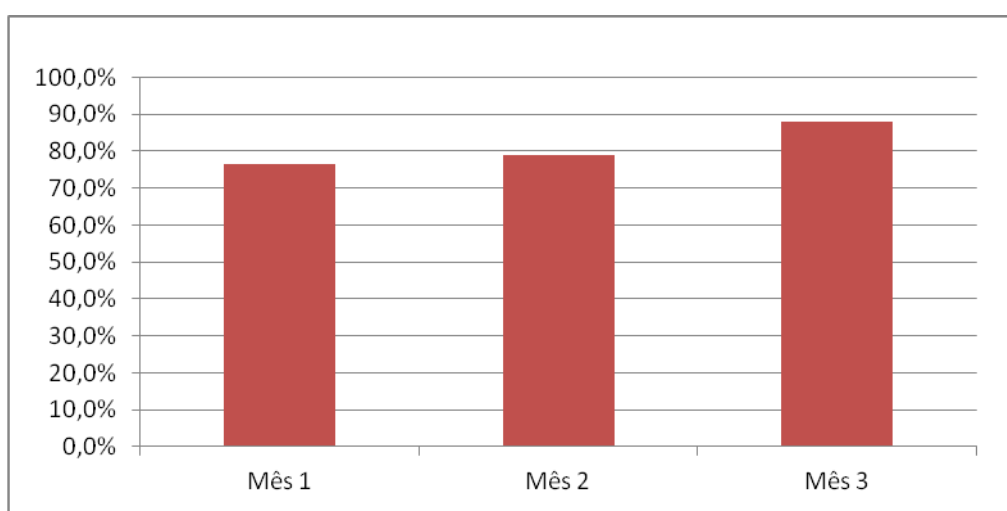


Figura 3: Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia. UBS Washington Brosse 26, Camaquã/RS, 2015.

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

Com respeito a solicitação de exames complementares tivemos uma boa resposta, já que conseguimos realizar os exames em tempo, dentro do mês e sem muita demora. Essa agilidade foi alcançada após conversa com o gestor municipal sobre a intervenção e a necessidade de apoio do mesmo em assegurar a realização dos exames pelos laboratórios e para que fossem realizados dentro do tempo. Os dados correspondentes são: mês 1, 52 pacientes (91,2%); mês 2, 100 pacientes (97,1%); mês 3, 133 pacientes, (86,4%). Para a maioria dos pacientes se solicitava os exames complementares, quando os pacientes são avaliados pela enfermagem no controle de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA) ela é quem solicita estes exames, mas muitas vezes pode faltar alguma solicitação, já que o trabalho é muito e a equipe pequena. [A evolução dos indicadores pode ser vista na tabela 4 abaixo].

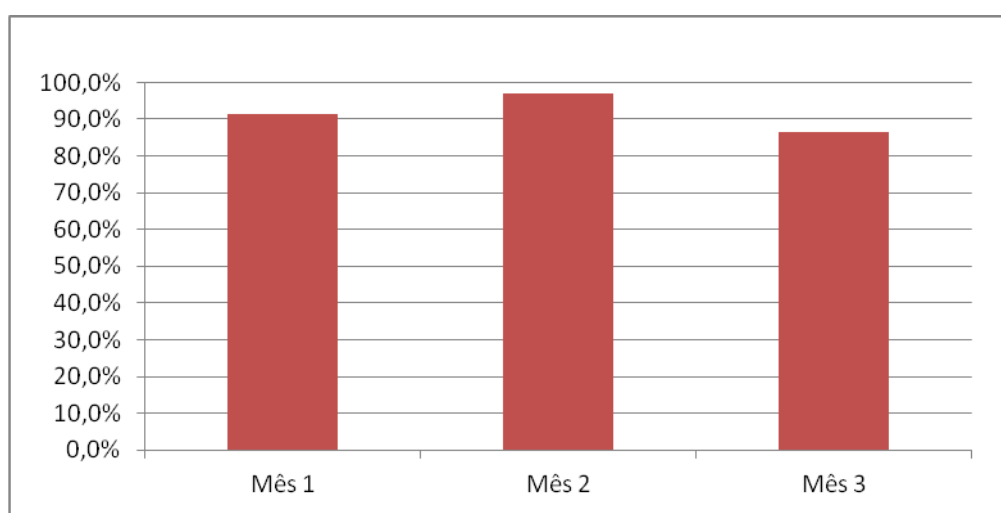


Figura 4: Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia. UBS Washington Brosse 26, Camaquã/RS, 2015.

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

Com esta meta começamos no primeiro mês com a maioria de nossos pacientes que estavam com prescrição de medicamentos da farmácia popular. Muitos pacientes retiram seus medicamentos pela Farmácia Popular, já que o Município tem uma Farmácia municipal mas na maioria das vezes ela não tem a

medicação suficiente. Esse é um ponto importante que o município tem que melhorar. Os dados correspondentes a este indicador são mês 1, 55 idosos (72,4%); mês 2, 102 idosos (76,7%), mês 3 151 (79,5%).

Assim como muitos idosos retiram seus medicamentos pela farmácia popular, tem muitos que continuam com a farmácia municipal, pelo que não se consegue um bom controle destes pacientes já que muitas vezes por falta de medicação na farmácia eles ficam sem medicação. [A evolução dos indicadores pode ser vista na tabela 5 abaixo].

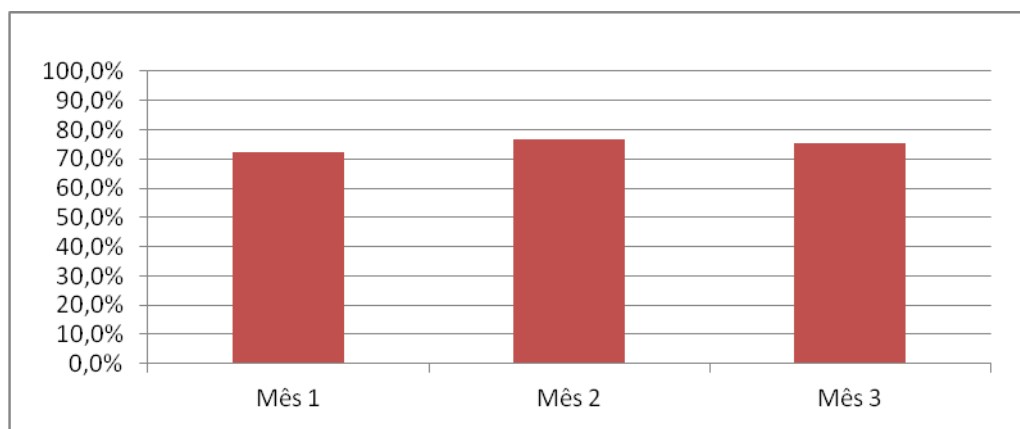


Figura 5: Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada. UBS Washington Brosse 26, Camaquã/RS, 2015.

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

Com respeito a este indicador os cadastros foram realizados nas visitas domiciliares. Segundo a planilha estimava-se que havia 32 idosos acamados ou com problemas de locomoção, conseguimos fazer o cadastro de 26. No mês 1, 10 pacientes foram cadastrados, 100%; mês 2, 17 pacientes, 100%; mês 3, 26pacientes, 100%. A meta foi atingida, tivemos muita dificuldade como a falta de carro para a mobilização até os domicílios, más igual conseguimos realizar estas [A evolução dos indicadores pode ser vista na tabela 6 abaixo].

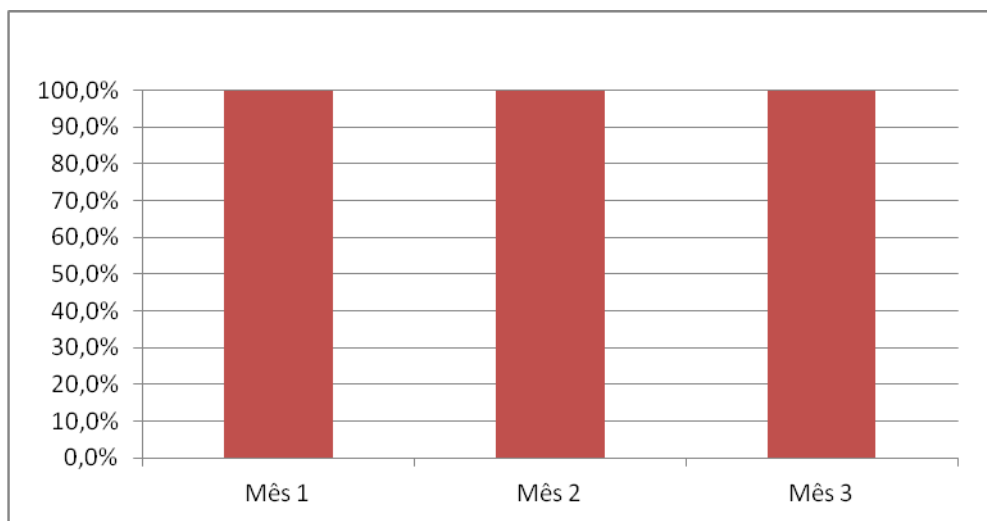


Figura 6: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados. UBS Washington Brosse 26, Camaquã/RS, 2015.

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

A visita domiciliar sempre buscou realizar visita domiciliar dentro do mês que a equipe identificava um idoso acamado, mas muitas vezes não como a equipe queria e esperava. No ultimo mês conseguimos realizar mais visitas que nos meses anteriores. Os dados do gráfico, mês 1, 5 pacientes (50%); mês 2, 9 pacientes (52,9%), mês 3, 21 pacientes, (80,8%). As visitas domiciliares não foram como a equipe esperava, a falta de carro para nos levar aos domicílios, e também a falta de ACS nos impediu de alcançar os 100%. [A evolução dos indicadores pode ser vista na tabela 7 abaixo].

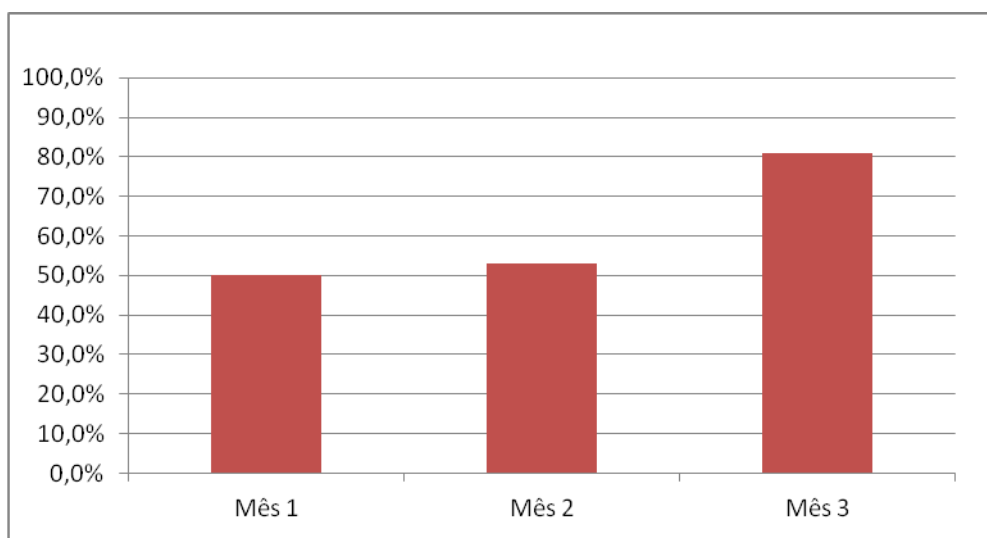


Figura 7: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar. UBS Washington Brosse 26, Camaquã/RS, 2015.

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

Este foi um dos indicadores que melhor se trabalhou, já que em todas as consultas se realizava a verificação de pressão arterial. A equipe trabalhou muito bem e sempre se realiza os controles tanto pela enfermeira como pelo medico. Os cadastros para mês 1, 74 pacientes (97,4%); mês 2, 121 pacientes (91%); Ao finalizar o projeto, mês 3 conseguimos um cadastro de 188 pacientes,(98, 9%). Sabemos que o 100% é o ideal, mas a equipe ficou muito feliz com estes resultados já que resultava muito difícil as vezes poder fazer os controle. [A evolução dos indicadores pode ser vista na tabela 8 abaixo].

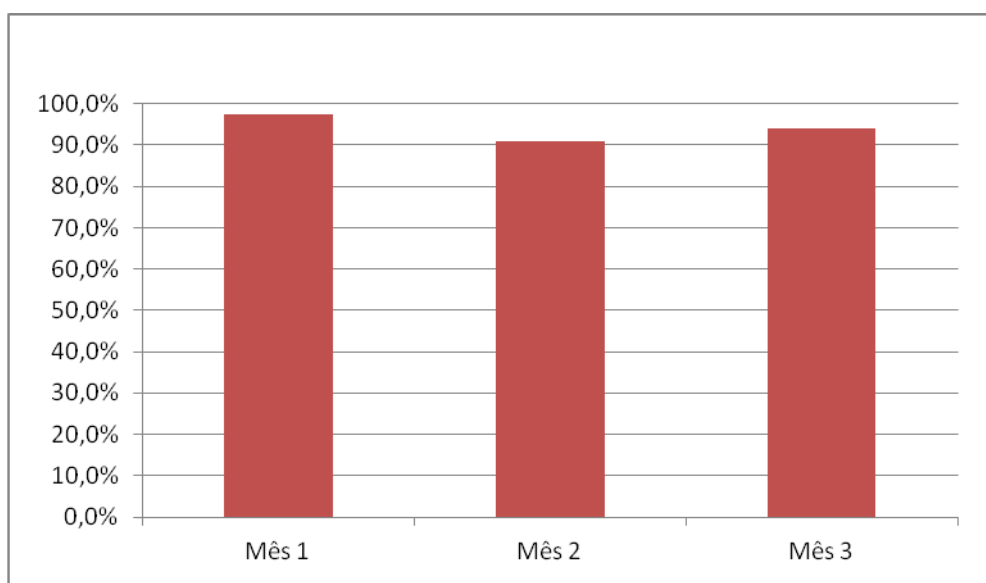


Figura 8: Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta. UBS Washington Brosse 26, Camaquã/RS, 2015.

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

Dos pacientes hipertensos a maioria foi rastreada para diabetes. Ao iniciar a intervenção, mês 1, 25 idosos foram rastreados para diabetes,89,3%; o mês seguinte, mês 2, tivemos 52 pacientes, 83,9%; e ao final do projeto, mês 3, finalizamos com 95 pacientes, 96%. Assim como no indicador anterior, para a equipe

este foi um bom resultado, já que com os controles do Hiperdiase conseguiu fazer os controles correspondentes. Faltou organização da equipe para identificar e para captar os demais idosos que precisavam ser avaliados, mas diante do volume do trabalho e da equipe reduzida consideramos ter alcançado um bom resultado.[A evolução dos indicadores pode ser vista na tabela 9 abaixo].

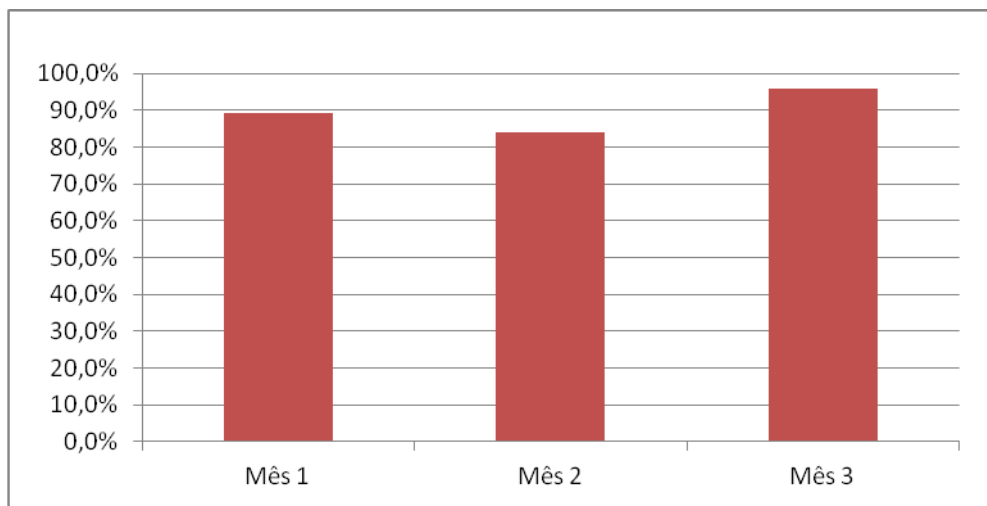


Figura 9:Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes. UBS Washington Brosse 26, Camaquã/RS, 2015.

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

Esta avaliação foi realizada pelo médico durante as consultas. Começamos com 66 idosos, 86,8%; no mês 2, 118 idosos, 88,7%; Ao final do projeto, mês 3, conseguimos 184 dos idosos fossem avaliados, 96,8%.[A evolução dos indicadores pode ser vista na tabela 10 abaixo].

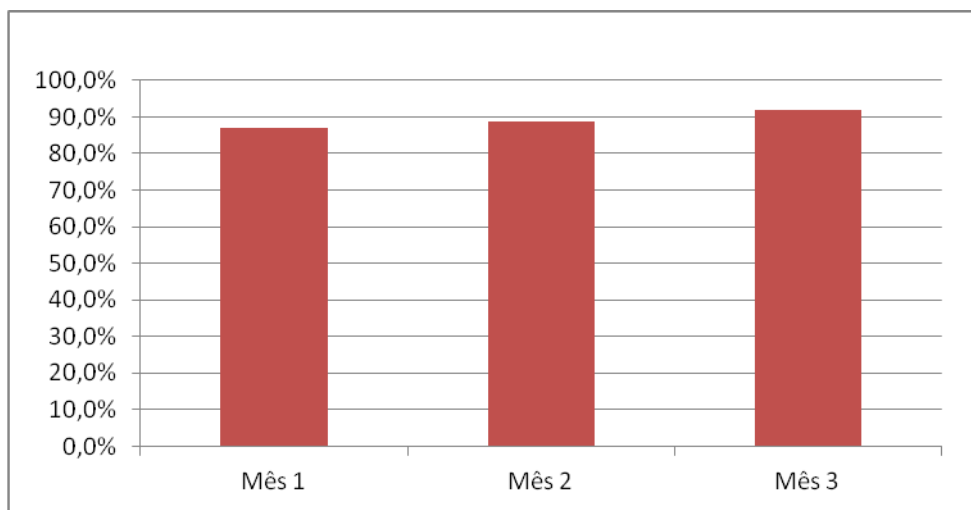


Figura 10 :Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. UBS Washington Brosse 26, Camaquã/RS, 2015.

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

Com respeito a este indicador tivemos grandes problemas, já que não contamos com consultório odontológico na unidade e ainda que identificada a necessidade de atendimento e encaminhamento os idosos não buscavam outro serviço para atendimento odontológico. Dados mês1, 0 pacientes, 0%; mês 2, 5 pacientes, 3,8%; mês 3, 4 pacientes,2,1.[A evolução dos indicadores pode ser vista na tabela 11 abaixo].

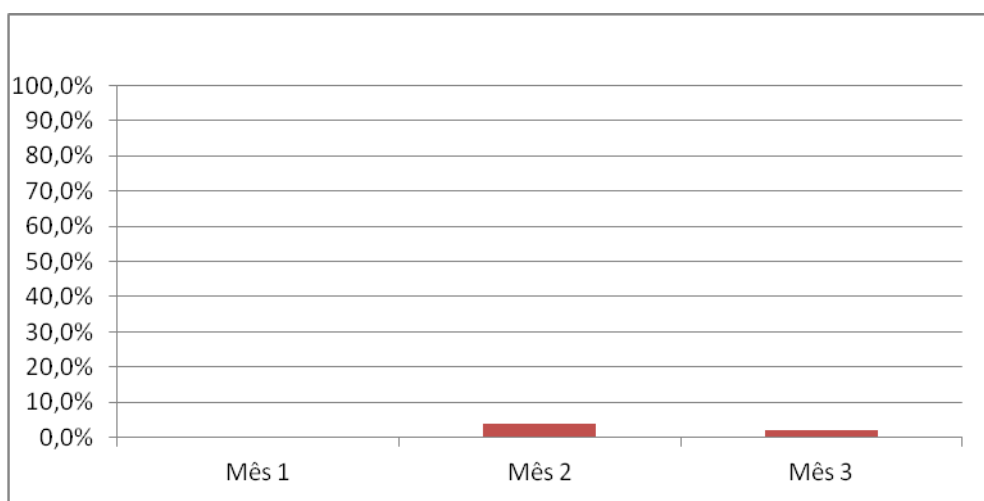


Figura 11:Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática. UBS Washington Brosse 26, Camaquã/RS, 2015.

META 3.1: Buscar 100% dos idosos faltosos.

Com este indicador notamos a boa adesão que teve o projeto já que tivemos 5 faltosos durante todo o trabalho, mês 1, 3 pacientes, 100%; mês 2, 4 pacientes, 80%; mês 3, 4 pacientes 80%; e se realizou a busca ativa imediatamente. A busca ativa dos pacientes se realizava pelo administrativo e a médica, por telefone, já que quando conseguimos carro se usavam para realizar as visitas domiciliares. [A evolução dos indicadores pode ser vista na tabela 12 abaixo].

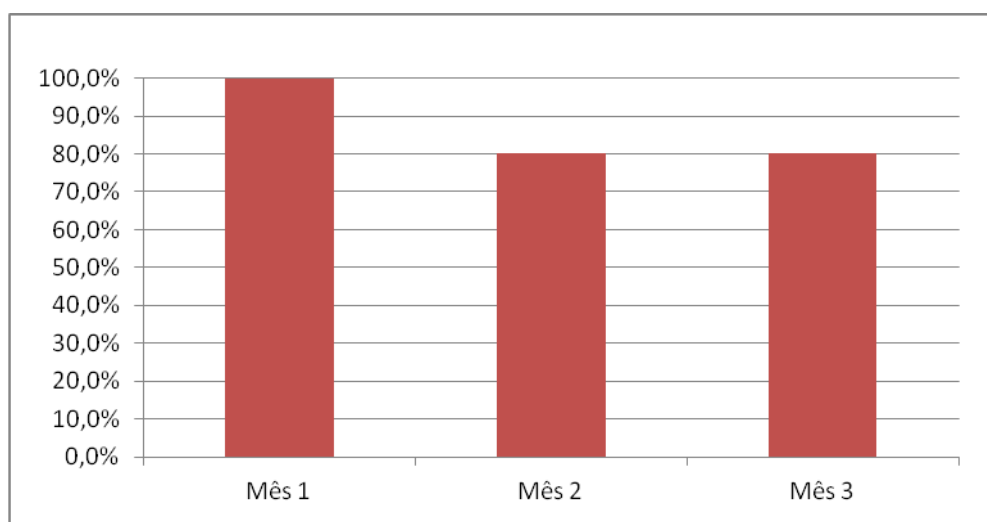


Figura 12: Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa. UBS Washington Brosse 26, Camaquã/RS, 2015.

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

A ficha espelho foi fundamental para nosso projeto, uma vez que a maioria dos idosos teve a ficha com registro em dia, o que nos permitiu fazer um bom acompanhamento da intervenção. No mês 1, 65 pacientes, 85,5%; mês 2, 114 pacientes, 85,7%; e Finalizamos o projeto com 184 pacientes, 96,8% dos pacientes com ficha espelho em dia. Elas eram fornecidas pela secretaria da saúde todas as semanas, e eram preenchidas e monitoradas pela médica ou enfermeira. [A evolução dos indicadores pode ser vista na tabela 13 abaixo]

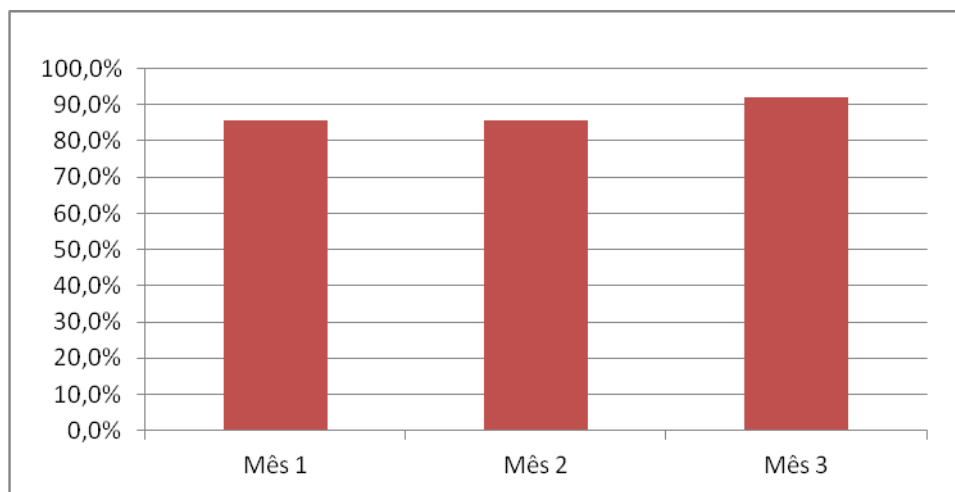


Figura 13: Proporção de idosos com registro na ficha espelha em dia. UBS Washington Brosse 26, Camaquã/RS, 2015.

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

A entrega e fornecimento da Caderneta do Idoso foi uma das principais metas a cumprir, já que ao começara a intervenção nenhum paciente tinha a caderneta., sendo uma ferramenta importante no acompanhamento do paciente tanto pelos profissionais de saúde como pelos familiares. No mês 1, 68 pacientes, 89,5%; mês 2, 118 pacientes, 88,7%; e Ao finalizar o projeto tivemos 188 pacientes, 98,9%. [A evolução dos indicadores pode ser vista na tabela 14 abaixo]

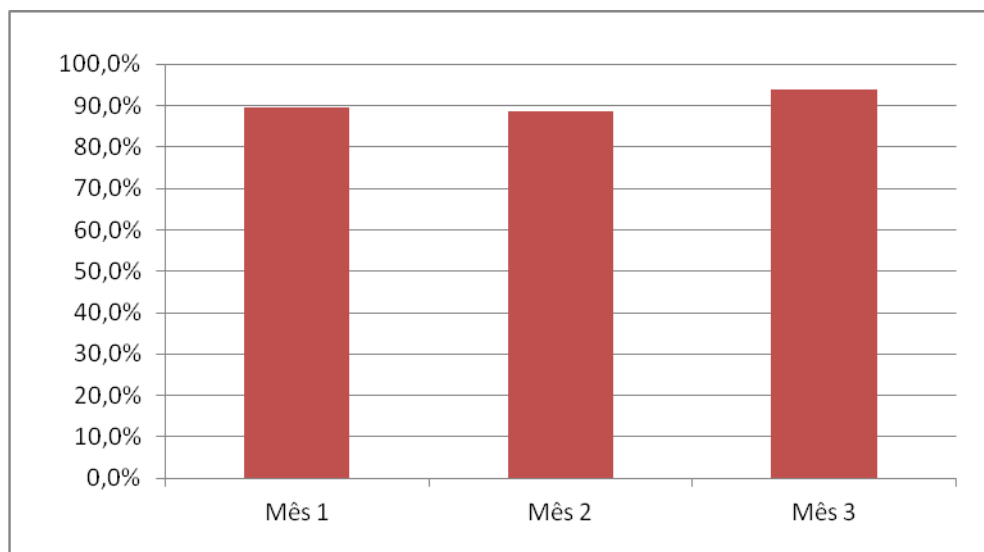


Figura 14: Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. UBS Washington Brosse 26, Camaquã/RS, 2015.

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

Com este indicador não conseguimos nossa meta. Mês 1, 38 pacientes, 50%; mês 2, 71 pacientes 53,4% e Concluimos nosso projeto com 91 pacientes, 47,9%. Trabalha-se muito com a equipe já que temos muitos pacientes com avaliação de risco, mas faltou o controle em muitos deles, é uma população muito doente e de difícil adesão aos controles. [A evolução dos indicadores pode ser vista na tabela 15 abaixo]

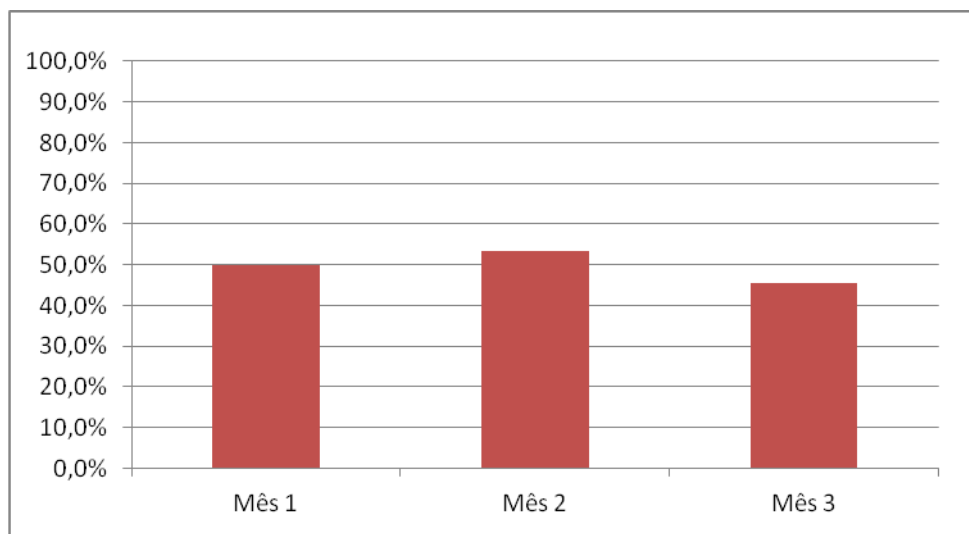


Figura 15: Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia. UBS Washington Brosse 26, Camaquã/RS, 2015.

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

Ao começar o trabalho tivemos muita dificuldade já que não se estava realizando pelo que o primeiro mês conseguiu avaliar 3 pacientes, um 3,9%, ao segundo mês, 39 pacientes, um 29,3% e finalizamos o projeto com 121 pacientes, 63,7%. Conseguimos uma boa adesão da equipe e se realizou avaliação como se devia, mas foi ao final de nosso projeto já que ao começo não estava muito claro, e também a equipe não estava capacitada, logo após das capacitações se conseguiu avaliar algum de nossos pacientes, mas não todos. [A evolução dos indicadores pode ser vista na tabela 16 abaixo]

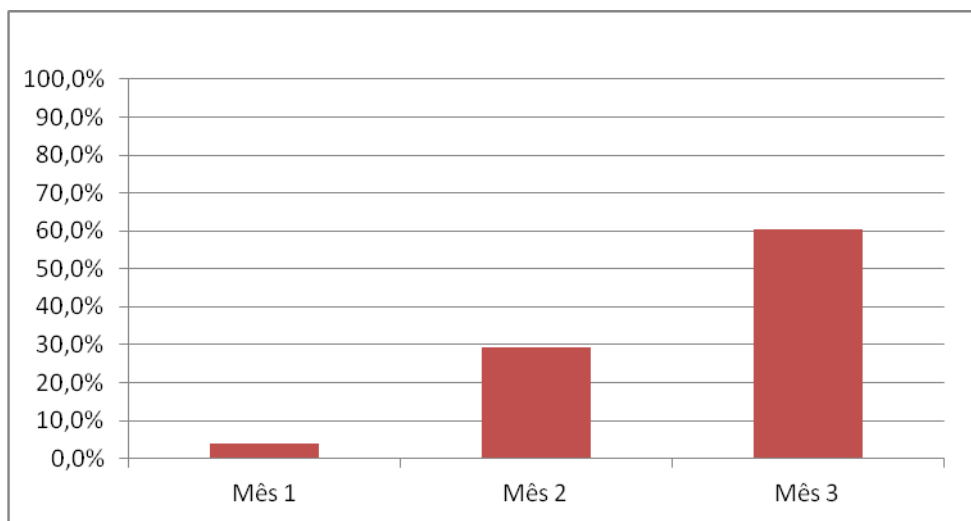


Figura 16: Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia. UBS Washington Brosse 26, Camaquã/RS, 2015.

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

Com este indicador aconteceu o mesmo que com o anterior, por falta de entendimento da equipe não se começou a avaliar desde o começo. Mês 1, 3 pacientes, 3,9%; mês 2, 37 pacientes, 27,8%; Mas ao final do projeto se conseguiu, 121 pacientes, um 63,2%. Com respeito a estes indicadores (5.1, 5.2, 5.3) temo que continue trabalhando muito e fazer as avaliações correspondentes para dar continuidade ao projeto da melhor maneira. [A evolução dos indicadores pode ser vista na tabela 17 abaixo]

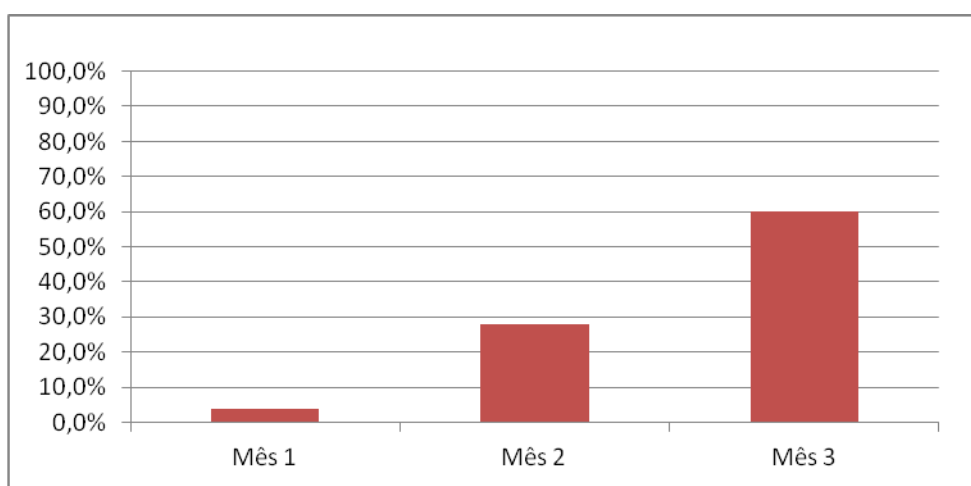


Figura 17: Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia. UBS Washington Brosse 26, Camaquã/RS, 2015.

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

As orientações nutricionais se realizam de excelente maneira, já que se trabalho muito com apoio da Nutricionista, e assim conseguimos um 100% da meta, no ultimo mês (102,3%) o problema foi que temos pacientes que ficarem cadastrados mas de uma vês por isso deu maior o numero. No mês 1, 74 pacientes, 97,4%; e no mês 2, 128 pacientes, 96,2%. Trabalhamos muito realizando palestras e sobre todo com nossos pacientes HIPERDIA.

Continuamos trabalhando junto com toda a equipe para conseguir um melhor controle das doenças crônicas. [A evolução dos indicadores pode ser vista na tabela 18 abaixo]

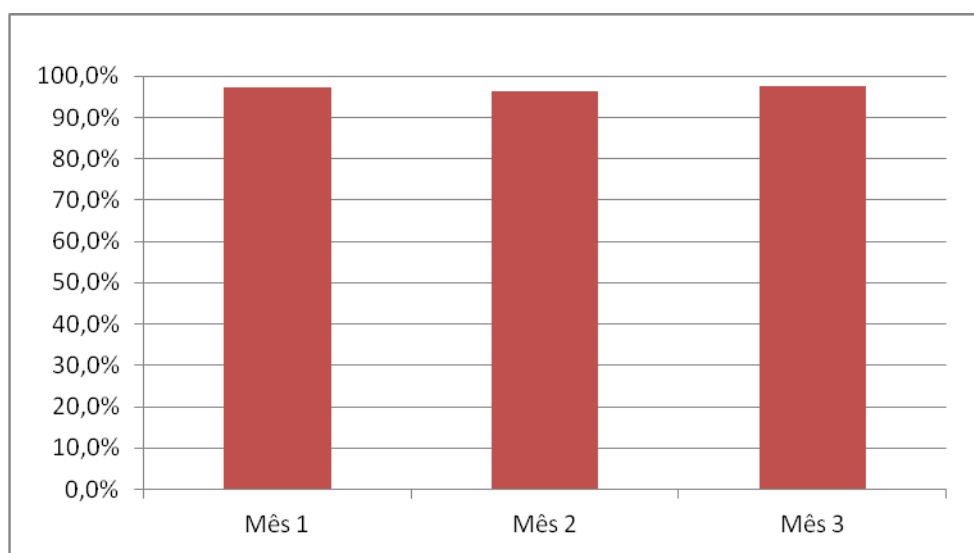


Figura 18: Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis. UBS Washington Brosse 26, Camaquã/RS, 2015.

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

Aqui conseguimos o mesmo, se realiza um bom trabalho em conjunto, se realizarem palestras e a estimulação a atividade física se realizava por parte de toda a equipe. Atingiu-se um 100%, no ultimo mês, 192 pacientes, aconteceu o mesmo que o indicador anterior tivemos cadastros repetidos. Mês 1, 73 pacientes, 96,1%; mês 2, 126 pacientes, 94,7%; Toda a equipe trabalho também com apoio da nutricionista. [A evolução dos indicadores pode ser vista na tabela 19 abaixo]

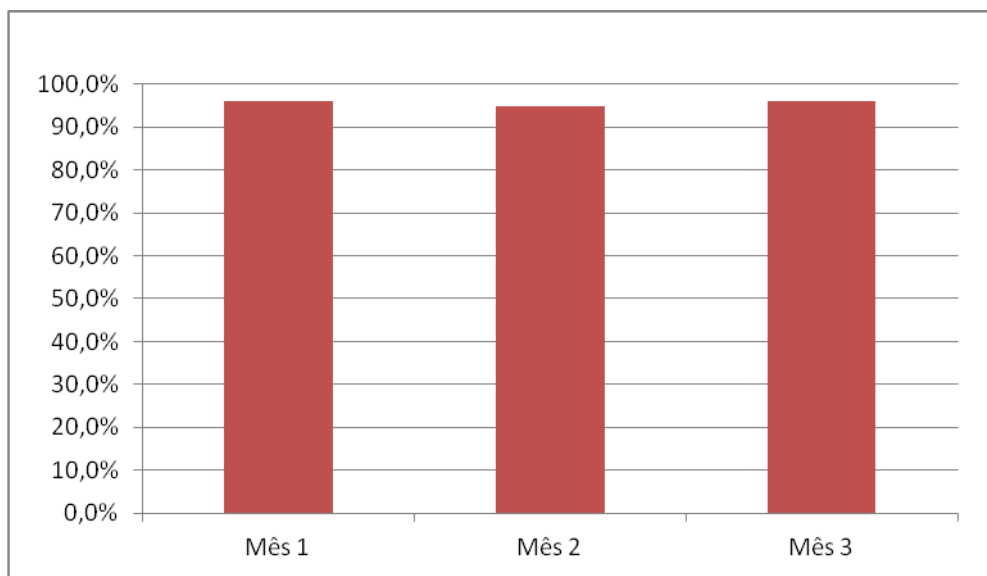


Figura 19: Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular. UBS Washington Brosse 26, Camaquã/RS, 2015.

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

Com respeito a saúde bucal nossos problemas continuam. As avaliações e orientações sobre cuidados e atendimentos se realizavam por o Medico e Ou enfermagem, más não contamos com consultório odontológico no posto pelo que não permitia um bom controle. Mês 1, 64 pacientes, 84,2%; mês 2, 117 pacientes, 88%; mês 3, 185 pacientes, 97,4%. As orientações se realizavam no posto por parte da equipe pero o principal problema é a falta do consultório odontológico como já foi explicado nos indicadores anteriores. [A evolução dos indicadores pode ser vista na tabela 20 abaixo]

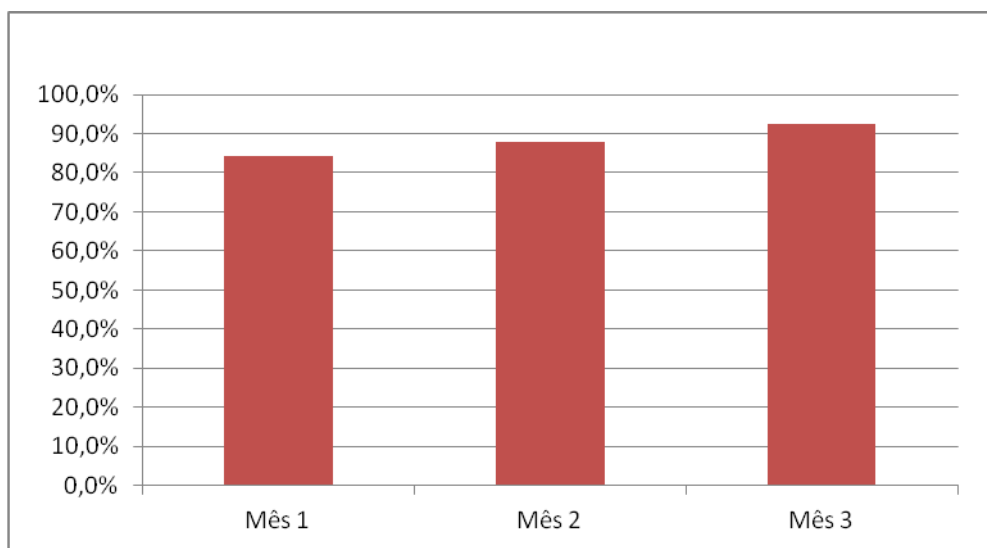


Figura 20: Proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia. UBS Washington Brosse 26, Camaquã/RS, 2015.

4.2 Discussão

A intervenção em saúde do Idoso foi um trabalho que exigiu dedicação, muito esforço e tempo por parte de toda a equipe para que os objetivos fossem alcançados, e assim melhorar a saúde destas pessoas idosas, já que esta é uma população vulnerável.

A intervenção em saúde do idoso trouxe mudanças importantes para a equipe, uma vez que todos foram capacitados conforme as recomendações do Ministério da Saúde para o cuidado a essa população considerando suas necessidades e peculiaridades. A intervenção contribuiu para que a equipe trabalhasse mais integrada e unidade, tanto a médica, a enfermagem, os técnicos de enfermagem, o administrativo e até profissionais do serviço de limpeza auxiliaram nesse processo de melhoria. Também contamos com ajuda multidisciplinar como, por exemplo, Nutricionista e Psicóloga, que foram de muito ajuda para a intervenção e alcance de muitas de nossas metas.

O trabalho de cada um dos integrantes da equipe, foi muito importante. A enfermagem destinou um dia para controle de HGT e PA para idosos. A técnica de enfermagem melhorou a triagem e avaliações dos pacientes, o que foi de muita ajuda para as avaliações. Os profissionais do administrativo auxiliaram nos cadastramentos e monitoramento dos dados. A nutricionista foi parte fundamental de nosso trabalho, já que ela realizou palestras sobre alimentação saudável e a psicóloga contribuiu com os usuários com depressão e as avaliações.

Com as mudanças do trabalho em equipe o serviço também teve melhorias. Começamos a fazer agendamentos de consultas com e atendimentos individuais e sempre trabalhando em equipe. Aumentou-se os dias de controles Hiperdia para os idosos, antes a equipe realizava dois controles semanais e com a intervenção são quatro dias em um turno. Agendam-se palestras mensais e cada vez que a equipe tem disponibilidade.

A importância do trabalho para o serviço se destacou, uma vez que tivemos um aumento significativo de atendimentos, cadastramentos e os agendamentos que se começarem a realizar conforme o preconizado, garantindo assim um cuidado continuado aos idosos. Tivemos uma melhora significativa no acompanhamento e controle dos idosos cadastrados com um fluxo bem definido. A falta de ACS foi um problema, mas a equipe conseguiu trabalhar sem problemas com este tem. A equipe trabalho bem, com muito trabalho porque a falta de ACS deu maior trabalho para toda a equipe. Conseguimos isso aumentando o trabalho para todos. Realizam-se as avaliações de risco de nossos pacientes em conjunto sobre todo dos pacientes diabéticos e hipertensos.

Acreditamos que população ainda não percebeu com clareza nosso trabalho, tivemos boa resposta por parte da comunidade sobre todo com durante as visitas domiciliares, já que antes de começar com o projeto os usuários não recebiam visitas por parte do médico ou de outro membro da equipe de saúde. Idosos acamados ou com problemas de locomoção não tinham acompanhamento adequado. Diante disso consideramos que as visitas domiciliares foi uma das maiores conquistas do nosso trabalho, assim como a adesão da população. Com respeito a os atendimentos na unidade, a conformidade da população, foi respeito a prioridade dos atendimentos com idoso.

Apesar do aumento dos cadastros de nossos pacientes idosos, ainda temos muito idosos que não foram alcançados, temos ainda um grande desafio pela frente, sendo esse o nosso objetivo ao dar continuidade a esse trabalho na UBS Washington Brosse 26.

Se tivesse que realizar neste momento, seria com uma maior organização. Também o trabalho com a comunidade poderia ter sido melhor, as famílias teriam maior informação. Uma das coisas que esta pendente para poder continuar com a intervenção, e assim conseguir algumas das metas que não se conseguiu, é a falta de AC. Nossa equipe esta muito bem para poder continuar com a intervenção, esta unida e preparada para seguir melhorando a atenção da população, principal dos Idosos.

A intervenção será incorporada ao serviço da unidade, a equipe está preparada e comprometida em continuar a ofertar um cuidado integral aos idosos de nossa área. Precisamos que ampliar as informações para a comunidade para poder

melhorar o trabalho. Sabemos que com os ACS tudo seria muito melhor, e estamos esperando resposta do Gestor para começar o trabalho com eles.

Nossos próximos passos são: ter acesso regular ao transporte para realização de visitas domiciliares aos acamados e idosos com problemas de locomoção conforme previsto em nosso planejamento, contar com os ACS para assim ter a maior cobertura da população e trabalhar em todas as áreas de cobertura. Pretendemos fazer algumas alterações na Ficha do idoso, para contar com mais informações, assim como também informar e estimular sobre atenção e saúde bucal, já que é algo que esta em falta em nossa unidade o que nos levou a ter problemas para conseguir dados para esse indicador.

5 Relatório da intervenção para gestores

Sr. Secretario de Saúde do município de Camaquã, Robson Marques:

Durante os meses de fevereiro a maio foi realizada na Unidade de saúde, Washington Brosse 26, localizada nos bairros Maria da Graça e Jardim uma intervenção com foco na qualificação da atenção aos idosos da comunidade. A intervenção é parte do Curso de Especialização em Saúde da Família promovido pela Universidade Federal de Pelotas voltado aos profissionais participantes do Programa Mais Médicos do Brasil. Durante o curso cada estudante necessita escolher uma área para a intervenção e melhoria da saúde da comunidade.

A elaboração da intervenção voltada para a saúde do idosos foi estudada e avaliada por toda a equipe para procurar os objetivos e metas mais importantes para os atendimentos desse grupo. Assim começamos com os treinamentos da equipe toda, sobre os acolhimentos, avaliações e controle dos idosos.

Como não possuímos os dados reais do quantitativo de idosos no município e da área adscrita da unidade usamos dados estimados a partir da população total adscrita. Segundo estimativas espera-se que tenhamos 400 idosos. Durante a intervenção a equipe realizou os cadastramentos de 200 idosos, 50% do total.

Com o objetivo de realizar uma atenção de qualidade aos idosos realizamos a Avaliação Multidimensional Rápida em 174 idosos, rastreamento para diabetes em 95 , exame clínico apropriado em 176, 21 visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção entre outras ações. O trabalho foi realizado em equipe e contamos com a atuação da nutricionista e psicóloga para conseguir um melhor resultado. Trabalhamos em conjunto com nutricionista para as avaliações dos pacientes com hipertensão e diabetes conseguindo um total de 96% de hipertensos

rastreados para diabetes; assim como orientados sobre alimentação saudável e importância da atividade física.

Realizamos ainda avaliação de risco de morbimortalidade, a rede social, e a fragilização da velhice. Esses indicadores foram trabalhados ao longo do segundo mês do projeto, já que ao começo foi difícil, assim não se chegou à porcentagem pretendida, mas a equipe trabalhou em conjunto para as avaliações, fazendo os controles, as avaliações e acompanhamentos necessários. Um ponto positivo de nosso trabalho foi o baixo número de faltosos, um total de 5 durante todo o trabalho. Todos receberam busca ativa e o motivo era alguma doença. Os treinamentos de toda a equipe, os preenchimentos da ficha-espelho e caderneta do idoso, foram ações que a equipe conseguiu realizar com facilidade.

Inicialmente a equipe apresentou dificuldades em relação a organização de um trabalho mais complexo, já que a equipe é pequena para o trabalho. Trabalha-se muito com a informação, já que a falta de ACS, tivemos que informar a comunidade sobre a intervenção na própria Unidade, com os pacientes e famílias que chegavam às consultas.

Com a intervenção ocorreram algumas mudanças no serviço: os controles de HIPERDIA aumentarem de dias e com preferência para os pacientes idosos, sendo realizados quatro dias na semana no turno da manhã; iniciamos a demanda programada para atendimento aos idosos, são cinco pela manhã e cinco pela tarde. O fornecimento da caderneta do idoso foi algo muito importante já que nenhum idoso possuía a mesma.

Algumas ações que foram planejadas, mas a equipe não conseguiu desenvolver plenamente foram as Visitas Domiciliares, isso é um problema, já que na comunidade temos muitos idosos acamados e com dificuldade de locomoção. O que nos impossibilitou de realizar as visitas inicialmente foi a falta de transporte. Consideramos a disponibilidade do transporte algo muito importante e agradecemos o apoio da gestão nesse sentido e a importância da manutenção do mesmo.

Outro problema que a equipe enfrentou foi a falta de ACS, um tema que foi extensamente discutido junto a gestão municipal, já que para nosso trabalho era imprescindível a presença desses profissionais. Infelizmente essa situação não foi resolvida durante a intervenção, mas ainda contamos com uma resposta positiva, que certamente trará melhorias importantes ao trabalho da equipe.

A ausência de atendimento odontológico também foi um ponto negativo no trabalho, já que necessitamos de uma equipe de saúde bucal ou que minimamente volte os atendimentos do ônibus odontológico que tínhamos um tempo atrás.

Apesar das dificuldades que a equipe apresentou, os resultados foram muito bons. Sabemos que o trabalho poderia ter sido ainda melhor, mas o que a equipe conseguiu foi muito importante. Muitas mudanças positivas ocorreram no processo de trabalho da equipe, e assim, conseguimos trabalhar de forma organizada. Toda equipe esteve e continua dedicada para melhorar a saúde destes usuários, que são os mais vulneráveis de nossa população e que não contavam com atendimentos individuais de forma mais completa assim como o acompanhamento adequado das doenças crônicas.

A equipe pretende continuar desenvolvendo as ações realizadas durante a intervenção e incorporá-las a rotina do serviço para conseguir alcançar todos os idosos e aperfeiçoar os pontos que ainda precisam melhorar. Tivemos boa aceitação por parte da comunidade e esperamos também contar com o apoio dos gestores municipais vencer os desafios e melhorar a atenção a saúde dos idosos da nossa unidade.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Ao Conselho Local de Saúde:

Durante os últimos três meses a equipe da UBS Washington Brosse 26 realizou uma intervenção para melhorar o atendimento aos Idosos. Esse trabalho faz parte do Programa Mais Médico para o Brasil. Decidimos fazer um trabalho para melhorar o cuidado aos Idosos porque precisam de um cuidado especial e, já que o processo do envelhecimento tem uma série de fatores que implica envelhecimento ativo: serviços sociais e de saúde, determinantes comportamentais, determinantes pessoais, ambiente físico, determinantes sociais e econômicos. No ano 2010 a população Idosa foi de 10,7%.

No município de Camaquã não contamos já faz alguns anos com Agentes Comunitários de Saúde (ACS), pelo que nossos cadastros e monitorização dos pacientes em geral eram muito antigos, sem atualização. A equipe tem um conhecimento amplo de nossos pacientes, se trabalho com muito esforço e dedicação já que a equipe é pequena.

Nossos principais pontos a trabalhar foram os cadastramentos, monitoramento e avaliações dos pacientes. A equipe trabalha para melhorar muito os cadastramentos, já que nossos dados são muitos antigos e não contamos com atualização destes, avaliar e monitorar estes pacientes para obter um controle muito melhor e assim acompanhar estes pacientes. Poder conversar com eles e entender melhor as doenças e ter uma avaliação mais pessoal. Conseguimos muito de todo isto, se começo informando a comunidade sobre nosso projeto e como ia ser implementado, os benefícios para os pacientes. Começamos fazendo agenda para nossos pacientes idosos, que funciona todos os dias, dos turnos 5 pacientes por turno, pelo que nossa agenda diária é de 10 pacientes. Assim encontramos uma boa resposta por parte da comunidade. Outra mudança que tivemos foi o aumento de dias dos atendimentos de pacientes hipertensos e diabéticos já que se faziam duas

vezes por semana e agora com o projeto é quatro a semana, onde um dia só é dedicado a Idosos. O acolhimento foi realizado com todos os pacientes que chegavam no posto e as informações que se dá no dia a dia.

A equipe foi treinada pela medica e enfermeira para conseguir o melhor trabalho e assim cumprir com todas as principais ações, cadastramentos, avaliações, e acompanhamentos dos pacientes idosos. Se realizarem durante as primeiras semanas com apoio da Nutricionista e Psicóloga, que trabalhem em conjunto para ter uma avaliação maior, que abarca controle de pressão arterial e HGT, controle de peso, orientações sobre alimentação e exercício físico, assim como também as avaliações pela Psicóloga para a saúde mental de muitos de nosso pacientes, e assim maior controle. Outro logro muito importante foi a implementação das Visitas Domiciliares, que ate começado a intervenção não se realizavam, isto foi muito importante e conseguimos uma boa resposta já que temos muitos pacientes que não estavam cadastrados e muito menos com avaliação ao dia. Este foi algo muito importante que a equipe conseguiu, só que também encontramos algumas dificuldades com a locomoção, uma das dificuldades mais importantes foi a falta de carro, a maioria das semanas as visitas não se conseguiam realizar por falta de locomoção para poder chegar aos domicílios. Isto foi um problema que não dependia da equipe, mas igual tivemos problemas para a mobilização.

Outro dos problemas foi a redução de pessoas para trabalhar no projeto, a equipe sabe que é um trabalho que requer de mas pessoas, para melhorar a organização e assim os resultados. Das dificuldades mais importantes, a falta de Agentes Comunitários (AC) foi notável já que todos sabem que o trabalho houvera sido muito menor para toda a equipe. Outra dificuldade da que se tive muito reclamo foi a falta de consultório odontológico, já que a população não tem o tratamento odontológico necessário. As avaliações são feitas pela medica ou enfermagem e encaminhadas para controle com odontólogo. Continua-se trabalhando e fazendo as reuniões correspondentes para poder conseguir o consultório odontológico.

O modo de informar a nossa comunidade, este projeto foi implantado para trabalhar sobre um grupo da comunidade dos bairros Maria da Graça e Jardim, a equipe decidiu trabalhar com o sector mas vulnerável, Idosos, já que é uma das populações que requer de maior controle e avaliações por parte de toda a equipe; se realizarem os cadastramentos de 200 idosos, onde se realizo a avaliações por parte

de toda a equipe, e os acompanhamentos e orientações para eles e as famílias. Foi um trabalho que apporto muito, tanto para a equipe como para a comunidade, já que se realizarem muitas mudanças nos atendimentos, como a prioridade dos atendimentos para estes, o fornecimento da Caderneta do Idoso, os preenchimento das fichas espelhos, o começo das Visitas Domiciliares e acompanhamentos no domicilio para pacientes acamados ou com problemas de locomoção. As avaliações por parte da equipe e acompanhamentos dos Hipertensos e diabéticos foi algo muito positivo e que ajudo muito para o controle destas doenças, já que muitos dos pacientes apresentam alterações dos níveis arteriais e de glicose.

Os resultados não forem os esperados, não se conseguiu as porcentagens que a equipe esperava. Igual a equipe alcançou um numero importante de idosos, 200 pacientes cadastrados; se melhora muito o cuidado e controles deles mas ainda temos muito para ser feito; muitos idosos para atender, melhorar o cuidado em saúde bucal, ter e conseguir agentes comunitários. A equipe decidiu continuar realizando o projeto e seguir trabalhando com nossos pacientes e poder assim conseguir uma melhor qualidade de vida para eles, e também continuar com nossas metas ate poder conseguir o 100% destas. Igual assim os benefícios que ficarem para a comunidade, ao igual que as mudanças forem muito positivas e sabemos que vão a mudar em muito a saúde destes. Precisamos a união com a comunidade para poder conseguir melhorar a saúde destes pacientes e atenção a toda comunidade, conseguindo superar as dificuldades.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

A Saúde de Família é uma das mais importantes especializações da Medicina, já que ela estuda todas as idades, todas as doenças e trabalha com toda a família, cuidando, avaliando e controlando as doenças de todos os integrantes do núcleo familiar.

Ao começar o curso minhas expectativas eram muitas, apesar de na minha unidade de saúde não se trabalha com Estratégia de Saúde de Família (ESF) acreditava que o curso poderia me ajudar a lidar com as dificuldades que enfrentava e de alguma forma eu poderia mudar a realidade que vivencio.

Assim foi que iniciei o curso e fui descobrindo várias ações que poderia realizar, a começar pela Análise Situacional, em seguida a Análise Estratégica, que me permitiu refletir sobre a construção de um projeto que poderia fazer.

A Saúde de Família é uma das mais importantes especializações da Medicina, já que ela estuda todas as idades, todas as doenças e trabalha com toda a família, muito por nossa comunidade, então começamos avaliando qual de todas nossas populações precisava de maior atenção e mudança. Assim a equipe chegou a decisão de trabalhar com os Idosos, pessoas muito vulneráveis e que requerem de muito cuidado e atenção.

Logo com o começo da Intervenção, as expectativas aumentavam ainda mais e tínhamos a expectativa que pudesse ocorrer a contratação de ACS e reestruturação da equipe para a lógica da estratégia de saúde da família, o que não ocorreu, então tivemos que trabalhar somente com a equipe que tínhamos. A aprendizagem que eu particularmente tive, foi muito grande. Ao finalizar o projeto, começamos com as avaliações dos resultados e notamos que nossas porcentuais alcançadas foram aquém do que gostaríamos, mas o que a equipe conseguiu com o

trabalho foi muito mais do que esperávamos. Trabalhar todos os dias com as pessoas, alcançar mudanças no trabalho diário e conseguir que os usuários alcançassem o controle das doenças durante todo o processo de acompanhamento dos mesmos foi uma grande recompensa para toda a equipe.

Desenvolver todo esse trabalho com o olhar integral em relação a saúde dos usuários hipertensos e diabéticos me ajudou a trabalhar hoje com um olhar ampliado e saber avaliar os pacientes e suas famílias e não apenas as doenças de cada pessoa. Com o projeto conseguimos as avaliações de quase 200 pessoas com diferentes problemas, foram realizados controles e avaliações diários e se fornecia a Caderneta do paciente Idoso.

Profissionalmente, eu considero que a saúde de família é uma ferramenta muito importante em que todos os médicos deveriam trabalhar, já que assim trabalhamos com a família em geral, e podemos ter um controle maior de todas as doenças.

As aprendizagens mais importantes foi a compreensão do trabalho em equipe como algo fundamental, saber escutar e entender as pessoas, olhar aos olhos e poder compreender o sofrimento das pessoas. Pude descobrir outra forma de fazer medicina, não só curando as doenças, mas também entendo, falando e avaliando as pessoas e famílias, tentando mudar as costumes medica e ser uma pessoa de confiança para a comunidade, e não ser somente o Medica.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa . 192p. Brasília, DF, 2006.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro, RJ, 2011.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo B- Planilha de coleta de dados

Digite apenas nas células em VERDE.

Número total de idosos (adultos de 60 ou mais anos de idade) residentes na área 400	➔	OBSERVAÇÕES Considere apenas os idosos residentes na área de abrangência da unidade de saúde. Você pode obter este dado do cadastramento do SIAB ou, se não puder obter este dado diretamente, pode usar uma estimativa - ver observações para a célula C20.										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;"></th> <th style="width: 10%; background-color: #92d050;">Mês 1</th> <th style="width: 10%; background-color: #92d050;">Mês 2</th> <th style="width: 10%; background-color: #92d050;">Mês 3</th> <th style="width: 10%; background-color: #92d050;">Mês 4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Número total de idosos residentes na área e acompanhados no programa de Saúde do Idoso</td> <td style="background-color: #92d050;">76</td> <td style="background-color: #92d050;">133</td> <td style="background-color: #92d050;">200</td> <td style="background-color: #92d050;"></td> </tr> </tbody> </table>		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Número total de idosos residentes na área e acompanhados no programa de Saúde do Idoso	76	133	200		➔	OBSERVAÇÕES Considere apenas os idosos residentes na área de abrangência da unidade de saúde que frequentam o Programa de Saúde do Idoso. Você pode obter este dado contando as fichas do Programa / fichas espelho / fichas sombra. Se você não tem um Programa de Saúde do Idoso instalado em sua unidade de saúde, considere os idosos que são atendidos em sua unidade de saúde. Você pode localizar estes idosos a partir das Fichas de Atendimento Ambulatorial (FAA) ou o livro de registro dos atendimentos da unidade de saúde .
	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4								
Número total de idosos residentes na área e acompanhados no programa de Saúde do Idoso	76	133	200									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;"></th> <th style="width: 10%; background-color: #92d050;">Mês 1</th> <th style="width: 10%; background-color: #92d050;">Mês 2</th> <th style="width: 10%; background-color: #92d050;">Mês 3</th> <th style="width: 10%; background-color: #92d050;">Mês 4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Número total de idosos residentes na área que estão acamados</td> <td style="background-color: #92d050;">10</td> <td style="background-color: #92d050;">17</td> <td style="background-color: #92d050;">26</td> <td style="background-color: #92d050;"></td> </tr> </tbody> </table>		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Número total de idosos residentes na área que estão acamados	10	17	26		➔	Digite aqui o número de idosos acamados ou com dificuldade de locomoção de acordo com sua realidade. Se não souber, pode usar uma estimativa, um número aproximado, obtido abaixo, na célula C25. Se usar esta estimativa, lembre-se de
	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4								
Número total de idosos residentes na área que estão acamados	10	17	26									
*Estimativa de idosos no território												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="width: 40%;">População total</td> <td style="background-color: #92d050; width: 10%; text-align: center;">4000</td> </tr> </tbody> </table>	População total	4000	➔	Digite a população total nesta célula de acordo com sua realidade e a estimativa de idosos será calculada automaticamente e mostrada na célula C22. Utilize este número se você não dispõe de dados cadastrais. Lembre-se que você precisa de um denominador (real ou estimado) para o cálculo dos indicadores.								
População total	4000											

Planilha Coleta de Dados_Maria Lorena_ajustado_28.05.11 [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel

INDICADORES (%)

	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
1.1 Cobertura de programas de atenção à saúde de idosos na unidade de saúde Número e/ou número de idosos residentes na área de abrangência cadastrados no programa Denominador: Número total de idosos residentes na área de abrangência da unidade de saúde	76,0%	33,3%	50,0%	0,0%
2.1 Presença de idoso com Avaliação Multidimensional Rápida Número e/ou número de idoso com avaliação multidimensional rápida em dia Denominador: Número de idoso cadastrado no Programa	75,0%	71,5%	67,0%	80,0%
2.2 Presença de idoso com exame clínico apropriado em dia Número e/ou número de idoso com exame clínico apropriado em dia Denominador: Número de idoso cadastrado no Programa	76,3%	73,0%	69,0%	80,0%

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

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Assinatura do declarante