

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 5**



Trabalho de Conclusão de Curso

Qualificação da Atenção à Saúde do Idoso na UBS Conquista II, em Rio Branco/AC.

Magdiel Sarmiento Rodríguez.

Pelotas, 2015

Magdiel Sarmiento Rodríguez

Qualificação da Atenção à Saúde do Idoso na UBS Conquista II, em Rio Branco/AC.

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: Antonio Maurício Rodrigues Brasil

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

R696q Rodríguez, Magdiel Sarmiento

Qualificação da Atenção à Saúde do Idoso na UBS Conquista II,
Em Rio Branco/AC / Magdiel Sarmiento Rodríguez; Antonio Maurício
Rodrigues Brasil, 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. Brasil, Antonio Maurício
Rodrigues, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

À memória do meu avô, ele que sempre me disse que devia tratar ao próximo como se fosse nosso ser querido.

Agradecimentos

À minha mãe e minha avó, elas que mesmo a distância me dão forças para seguir em frente.

À minha esposa, amiga, companheira no dia a dia.

À Equipe de Saúde da Família da UBS Conquista II, sem eles não haveriam resultados.

Aos meus usuários, meus “velhinhos” queridos, os quais considero como a minha família.

Sem o apoio de todos vocês essa conquista não teria sido possível.

Resumo

RODRÍGUEZ, Magdiel Sarmiento. **Qualificação da Atenção à Saúde do Idoso na UBS Conquista II, em Rio Branco/AC**. 85F. 2015. 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.

Para o desenvolvimento deste trabalho utilizamos o estudo exploratório, de campo com uma abordagem qualitativa e quantitativa. O objetivo deste estudo ficou focalizado para Melhorar a qualidade da atenção primária à saúde que é ofertada às pessoas acima dos 60 anos de idade, pertencentes à área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) Conquista II em Rio Branco/AC. O estudo foi realizado junto à equipe de saúde da família (ESF) da Unidade Básica de Saúde Conquista II, que dá cobertura à saúde da família e que pertence ao segmento do Centro de Saúde Vila Ivonete, no município Rio Branco, na capital do estado de Acre. As ações propostas permitiram: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso; Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde, Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso e Mapear os idosos de risco da área de abrangência. Foram utilizados instrumentos para coleta e sistematização dos dados fornecidos pelo curso, como a ficha espelho e a planilha de coleta de dados. Os resultados desta pesquisa foram descritos de forma qualitativa e qualitativa o que possibilitou a análise de cada um deles com os seus ganhos, fraquezas identificadas e positividade de decorrências. Destes, destacou-se o aumento da cobertura de atenção aos idosos pertencentes à área de abrangência da UBS para 100%, correspondendo a 228 idosos. Houve ainda um uma melhora significativa dos indicadores referentes à qualidade da atenção. Foi apresentada aos gestores e comunidade os resultados obtidos, o estudo nos mostra avanços nas práticas de saúde direcionadas à população de sessenta anos e mais, uma vez que essas vem sendo realizadas de forma a contribuir para o processo de melhoria de qualidade de vida da população idosa, de inclusão na rotina de trabalho da unidade de saúde com enfoque principal na prevenção de doenças, controle de agravos, através do fortalecimento da mudança de comportamento da população idosa.

Palavras-chave: saúde da família; atenção primária á saúde, saúde do idoso, assistência domiciliar; saúde bucal.

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico 1: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde	46
Figura 2	Gráfico 2: Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia	47
Figura 3	Gráfico 3: Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia	48
Figura 4	Gráfico 4: Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia	49
Figura 5	Gráfico 5: Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada	50
Figura 6	Gráfico 8: Proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta	53
Figura 7	Gráfico 9: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes	54
Figura 8	Gráfico 10: Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	55
Figura 9	Gráfico 11: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática	56
Figura 10	Gráfico 12: Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa	57
Figura 11	Gráfico 13: Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia	58
Figura 12	Gráfico 14: Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa	59
Figura 13	Gráfico 15: Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia	60
Figura 14	Gráfico 16: Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia	61
Figura 15	Gráfico 17: Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia	61
Figura 16	Gráfico 18: Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis	62
Figura 17	Gráfico 19: Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física	63
Figura 18	Gráfico 20: Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal	64

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS -	Agente comunitário de Saúde.
APS -	Atenção Primária de Saúde.
CI -	Cardiopatia Isquêmica
CM -	Câncer de Mama.
CS -	Centro de Saúde.
DM -	Diabetes Mellitus
ESB -	Equipe de Saúde Bucal.
ESF -	Estratégia da Saúde da Família.
HAS -	Hipertensão Arterial Sistêmica.
MS -	Ministério da Saúde.
PACS -	Programa de Agentes Comunitários de Saúde.
PCCU -	Preventivo de Câncer de Colo de Útero.
PS -	Pronto Socorro.
RE -	Registro Específico.
SEMSA -	Secretaria Municipal de Saúde.
SUS -	Sistema Único de Saúde.
UBS -	Unidade Básica de Saúde.
UPA -	Unidade de Pronto Atendimento.
URAPS -	Unidade de Referência da Atenção Primária de Saúde.

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	17
2. Análise Estratégica	18
2.1 Justificativa	18
2.2 Objetivos e metas	20
2.2.1 Objetivo geral	20
2.2.2 Objetivos específicos e metas	20
2.3 Metodologia	21
2.3.1 Detalhamento das ações	21
2.3.2 Indicadores	35
2.3.3 Logística	39
2.3.4 Cronograma	42
3 Relatório da Intervenção	43
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	43
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	43
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	43
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	43
4. Avaliação da intervenção	45
4.1 Resultados	45
4.2 Discussão	65
5 Relatório da intervenção para gestores	68
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	72
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	74
Referências	76
Anexos	77

Apresentação

O presente 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, foi desenvolvido como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família. Com a participação do profissional no Projeto Mais Médicos para o Brasil, foi escolhida a área programática da saúde do idoso, sobretudo considerando tratar-se de uma temática de grande impacto na sociedade atual brasileira e mundial com o aumento da expectativa de vida. O volume está organizado de forma que na primeira parte está uma Análise Situacional, que foi realizada como embasamento importante e necessário para apropriação do cenário no qual seria proposta a implementação do projeto.

Na segunda parte, consta a Análise Estratégica contendo os elementos principais do projeto de intervenção construído com foco na área programática escolhida. Constam os objetivos, as metas a serem alcançadas, a metodologia, as ações propostas, os indicadores, logística e cronograma.

A terceira parte é composta pelo Relatório de Intervenção, contendo elementos como as ações que foram desenvolvidas, aquelas que não foram desenvolvidas, além de expor as dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados e avaliação da incorporação efetiva da intervenção à rotina de trabalho na unidade.

A Avaliação da Intervenção aparece na parte quatro, trazendo elementos como a descrição dos resultados com suas respectivas análises e reflexões, além da Discussão.

Na parte cinco consta o Relatório da Intervenção para Gestores e na parte seis, está o Relatório da Intervenção para a Comunidade.

Na parte sete é apresentada uma reflexão sobre o processo pessoal de aprendizagem ao longo do curso, relatando a experiência do autor acerca do processo vivenciado.

Ao final, encontram-se as referências utilizadas e os anexos do volume.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Desde o meu começo no projeto Mais Médicos para o Brasil, fui lotado para trabalhar na Unidade Básica de Saúde “Conquista II”, no município de Rio Branco, aqui na capital do Acre. Estruturalmente, a minha unidade enquadra-se dentro dos padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde, sendo de porte I, para dar cobertura médico assistencial e odontológica para uma população de pouco mais de 3500 pessoas.

A construção da UBS foi direcionada para possibilitar um fluxo entre os serviços e os usuários, sendo que possui três consultórios, o primeiro deles do médico, seguem o consultório da enfermeira que é utilizado também para realizar o exame preventivo para câncer de colo de útero PCCU e depois o consultório do dentista com todos os seus instrumentos. Essas áreas possuem as condições necessárias sejam pela mobília, pela climatização e pelos insumos médicos para complementar as consultas (balança antropométrica, maca para usuários, lâmpada, negatoscópio e pia para desinfecção após exames) Antes de chegar aos consultórios existe uma recepção e sala de acolhimento, onde a nossa equipe recebe aos usuários, escuta as suas demandas, procura e quando fosse necessário, confecciona prontuários. Nesse espaço, pelas manhãs e pelas tardes, são oferecidas palestras aos usuários que estão na espera de atendimento, num ambiente climatizado e favorável para o desenvolvimento dessas atividades.

Existem uma sala de vacinação que dispõe dos principais imunobiológicos do quadro da atenção básica, a sala de curativos e procedimentos de enfermagem, está contígua a esta última e depois está a copa, a sala de esterilização, a sala de almoxarifado, os banheiros, feminino e masculino, para deficientes e/ou cadeirantes e para os funcionários por último o espaço reservado

para arquivo e reuniões de equipe. A farmácia praticamente dá as boas-vindas aos usuários pois está bem perto da porta principal, nela dispõem-se dos remédios fundamentais para o tratamento, controle de doenças agudas e crônicas. Estamos interconectados com o sistema mediante a internet e telefone, o que facilita a confecção de cartão do SUS e pesquisa de informações caso fosse preciso.

O processo de trabalho começa cedo, quando às sete horas da manhã abrem as portas para receber aos usuários. Nossa equipe trabalha coesa, permitindo o intercâmbio entre todos os seus membros, favorável para uma boa prestação de serviços e gestão, com qualidade e resolutividade. Os agentes comunitários de saúde, distribuídos entre as microáreas são os responsáveis pelo primeiro contato direto com as famílias e os membros delas, responsáveis pelo acompanhamento na área de usuários com doenças crônicas, puericulturas, gestantes, assim como são a ponte entre os usuários e a gente. A comunidade mantém um ótimo relacionamento com a equipe de saúde em geral, participando quando necessário em reuniões que visam estabelecer ações previstas para a melhoria da população.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Com o nome de Unidade Básica de Saúde Conquista II, identifica-se a unidade onde foi elaborado este relatório de Análise Situacional. A unidade pertence ao segmento que compreende o Centro de Saúde Vila Ivonete (CS), que dispõe de um Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

O município contabiliza uma população estimada nos 305.000 habitantes e localiza-se próximo ao Rio Acre. No município encontra-se a Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) que computa um total de 88 instituições onde são oferecidos serviços de saúde à população de Rio Branco e outras que moram na região metropolitana. A SEMSA dispõe de cinquenta e três Unidades Básicas de Saúde (UBS) com Equipe de Saúde da Família (ESF), mais 13 UBS tradicionais; tem disponíveis 2 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e conta com um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). A população do município tem acesso à atenção especializada no Centro “Doutora Cláudia Vitorino”. Existem ainda quatro serviços de atendimento hospitalar:

Hospital de Saúde Mental do Acre (HOSMAC), Hospital Geral de Clínicas de Rio Branco, Hospital Infantil Yolanda Lima e Silva e Hospital Santa Juliana.

A realização de exames complementares está disponível o serviço pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Centro de Apoio Diagnóstico (CAD), num CAD Imagem no 2º distrito e também através do Laboratório Central LACEN.

O CS Vila Ivonete, como mencionado acima, localiza-se numa região urbana, com área de abrangência de atendimento de mais de 20.000 habitantes, vinculada ao SUS, utilizando seus protocolos de atendimento na execução de ações de saúde, na prevenção, diagnóstico precoce, reabilitação e tratamento de doenças, assim como, na interação com as famílias na comunidade e na resolução dos principais problemas de saúde que são potencialmente modificáveis. Conta com quatro ESF, aqui está compreendido a ESF que compõe a UBS “Conquista II”, nela temos médico clínico geral, enfermeiro, técnico enfermagem e um número equitativo de Agentes Comunitários de Saúde para possibilitar o atendimento geral.

De forma geral, a UBS é uma construção nova, que na sua estrutura possui farmácia, sala de vacinação, consultório odontológico, sala de curativo, sala de esterilização, salas da reunião e arquivo, almoxarifado, copa, banheiros para funcionários e para usuários, sala de recepção e espera. Possui ainda, os consultórios do médico, da enfermeira e PCCU e sala para aconselhamento aos fumantes e usuários de álcool.

Nem tudo é excelente, pois embora tenhamos disponível uma estrutura física boa e “bonita”, não podemos deixar de dizer que alguns implementos médicos necessários dentro das salas de consulta não são suficientes, a exemplo da balança para adultos e para crianças, do aparelho para medir pressão, de otoscópio, dentre outros. Para que isso não interfira nas consultas e no desenvolvimento das atividades ordinárias de saúde, aplicamos como estratégia que na triagem, um enfermeiro supervise e avalie a realização de aferição de PA e glicemia capilar, assim como as medições antropométricas dos usuários e das crianças que vão à consulta conosco, o peso de cada um deles.

O desenho que tem a unidade básica de saúde Conquista II permite acesso a toda população, pois nele foi respeitado até as necessidades dos portadores de algum tipo de deficiência. As informações são oferecidas aos usuários desde sua chegada à unidade em busca de atendimento e dos serviços que são

disponibilizados, fazendo o acolhimento de todos, o que possibilita um atendimento mais completo.

Temos como estratégia desenvolver a disponibilização de informações relacionadas nos prontuários quando requeridas pelos usuários para levar a outros níveis de atendimento e outros especialistas, confecção de Cartão do SUS na hora e aumentar o número de atendimentos domiciliares aos acamados e deficientes fundamentalmente. Capacitam-se aos ACS para o desenvolvimento de palestras nas comunidades.

Dentro das atribuições da ESF, além dos serviços médicos, de enfermagem e outros, estão a realização de encaminhamentos de forma detalhada sempre descrevendo cada aspecto que o profissional achar significativo e possa ajudar no diagnóstico do especialista, sempre que por critério médico seja necessário, e muitas vezes temos apresentado dificuldades na hora de dirigir o atendimento para outras especialidades, sendo isso uns dos principais problemas, pois acontece que existe muita demora na chegada da data de consulta e sempre são os usuários que dependem de uma avaliação por especialista para decidir conduta a seguir, isso acontece pela superlotação que tem o SUS nas principais consultas especializadas e no processamento dos resultados dos exames complementares no CAD e no LACEN dos quais dispõe o município. A fim de amenizar a questão da demora na realização de exames, que inevitavelmente acontece, nós tentamos, baseado em nossos conhecimentos e experiências profissionais, propor um plano terapêutico a fim de que ele não fique tanto tempo sem tratamento enquanto aguarda resultados de exames. Baseados em dados clínicos, realizamos diagnósticos e deixamos o resultado do laboratório para ratificar ou alterar a conduta terapêutica, quando necessário.

Nossa ESF tem desenhada uma estratégia para tentar diminuir as quantidades de encaminhamentos e está na identificação precoce, acompanhamento, pesquisa daqueles usuários portadores de doenças crônicas que podem evoluir com complicações que são da competência de especialidades hospitalares. Daí a importância quanto à intensificação das ações de vigilância junto à comunidade, sobretudo para os usuários com doenças crônicas diagnosticadas e atendidas pela ESF. Dessa forma, contribuimos na diminuição da quantidade de casos encaminhados e cumprimos com uma das mais importantes atribuições da

atenção básica, no sentido da sua resolutividade diante dos principais problemas de saúde que acometem a população.

A área de abrangência da UBS, em termos numéricos, temos uma população adstrita de 3.500 pessoas. No total encontra-se uma mistura nas raças, sendo ela representada na sua maioria por pardos, brancos, e negros, embora tenha população indígena, mas é numa proporção bem menor já que são poucos e espalhados pelo território.

Nossa UBS tem buscado estratégias que oportunizem a atenção à demanda espontânea, que nem sempre ultrapassa a disponibilidade de atendimento, pois geralmente acontece no horário da manhã e são poucos os casos, já que quando se faz uma análise da rede de atenção disponível, temos certa proximidade com o Centro de Saúde, dois URAPS (Unidade de Referência à Atenção Primária de Saúde, concebida aqui no estado), mais duas UPA's (Unidade de Pronto Atendimento) e o PS (Pronto Socorro). Isto junto à percepção que a população tem que contribui para que não exista nenhum excesso de demanda espontânea no nosso serviço. Além disso, existe uma estratégia para atender possíveis excessos, baseada num sistema de acolhimento com classificação de risco.

Garantir um ótimo desenvolvimento da criança é uma das prioridades da saúde no país, sendo assim que a equipe que faz o acompanhamento é treinado especialmente para fornecer um atendimento integral, sendo capazes de identificar problemas oportunamente e atuar precocemente e de forma efetiva. De acordo com o Caderno das Ações Programáticas (CAP), a nossa área de abrangência possui 129 crianças entre zero e 72 meses e temos uma cobertura de 82%. Nossas consultas às crianças são baseadas nos protocolos disponibilizados pelo MS para este público-alvo, que permitem sua utilização para avaliar crescimento e desenvolvimento. São realizadas ainda ações de educação em saúde junto aos pais e outros familiares que desejem. As ações feitas respondem ao cronograma que de forma programática é desenvolvido e monitorado, apoiados pelos ACS que frequentemente realizam visitas nos domicílios de cada família, fazendo uma pesquisa das condições, intervenções e ações que as famílias realizam a fim de garantir a saúde da criança. Importante citar aqui que é ofertado o serviço de vacinação, de acordo com o que é estabelecido no Brasil, em correspondência com a faixa etária. Nosso desafio para a saúde da criança é que após a realização de todas as atividades fornecidas e ações realizadas, os pais e familiares saibam o que

fazer, como sua criança vai se desenvolver, como identificar precocemente alterações seja na saúde ou no seu comportamento e assim garantir desenvolvimento e crescimento saudáveis.

As atividades desenvolvidas têm boa adesão da população da comunidade, sendo reconhecidas pela qualidade que apresentam e parabenizadas pela SEMSA, sendo possível manter um serviço de qualidade, no âmbito da Saúde da Família.

Com relação ao pré-natal, ficamos satisfeitos. Temos um total de 29 gestantes cadastradas em nossa área, com uma cobertura atual de 87%, segundo o CAP. São utilizados os protocolos para este grupo populacional e as ações são periódicas e sistemáticas. As ações têm contribuído para que as gestantes sejam incorporadas às atividades planejadas pela ESF especialmente para elas, onde recebem orientações em palestras, fazem atividades próprias da sua condição, o que contribui para o empoderamento delas e de suas famílias, com uma preparação adequada para a futura chegada de um membro que necessita amor, dedicação e muito carinho. Com relação especificamente ao puerpério, temos 10 puérperas em nossa área, com uma cobertura de 76%. Essa iniciativa tem recebido o reconhecimento da SEMSA e foi feito um relatório para o MS com proposta para aplicar em outras partes do Brasil. Importante ressaltar que existem registros específicos de ações programáticas que complementam os protocolos de atuação e servem para avaliar o todo. Não se pode deixar de mencionar a participação do dentista e do ginecologista, este último como convidado às sessões, o contribui na qualidade das atividades e complementa sua realização.

Neste século virou como uma principal causa de morte o câncer, acometendo quase que de forma igual os dois sexos, mas são as mulheres as mais afetadas, já que tem o risco de padecer de Câncer de Colo de Útero e câncer de Mama. As coberturas para essas áreas programáticas em nossa área de abrangência são de 89 e 86% respectivamente e de acordo com o CAP, se considerarmos o grupo de mulheres compreendido na faixa para pesquisar o câncer de colo de colo de útero (1176) e de mama (1203). Embora os homens também podem padecer câncer de mama, é mais infrequente, o que não quer dizer que possam ser esquecidas as atividades direcionadas para eles também. Na UBS Conquista II, baseados nos protocolos estabelecidos e de forma regular e programática, são desenvolvidas ações na prevenção e diagnóstico precoce dessas doenças. Disponibilizamos para a população o serviço de Preventivo de câncer de colo de útero (PCCU), que é feito

diariamente pelas tardes. Para ele, existe um registro específico onde são analisados os dados estatísticos das consultas e ações desenvolvidas. São feitas ações de promoção pela ESF para dar conhecimento às usuários sobre quais são os fatores de risco e, em caso de suspeita, procurar pelo atendimento especializado o mais rápido possível. Em relação às ações desenvolvidas na prevenção do câncer de mama (CM) é aplicado o protocolo estabelecido e utilizado o manual de procedimentos que existe para esta doença. Temos realizado atividades de educação em saúde diversas. As atividades têm recebido a aprovação dos usuários do SUS e o trabalho feito pela enfermagem e os médicos é importantíssimo, já que, em tese, são os profissionais mais preparados nesse tema. Ainda temos de intensificar tais atividades como aquelas de promoção, as palestras e as oficinas, incluindo ações quando sejam feitas as visitas domiciliares, se for possível nestas últimas realizar o exame de mama por profissionais na sua própria casa, aproveitar cada espaço pois o câncer não é somente um problema de quem adoece, sendo uma condição que afeta toda a família, com consequências para a comunidade e a sociedade como um todo.

A Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus, são duas das comorbidades que mais afetam a população em geral, tem um atendimento diferenciado em nossa UBS. Temo uma cobertura estimada 72% de hipertensos e 68% de diabéticos pelo CAP, são acompanhados pelas ações desenvolvidas pela Unidade, considerando que temos cadastrados na UBS 98 hipertensos e 77 diabéticos. As ações não somente procuram monitorar os parâmetros em cada, aliás que aproveitam-se para fornecer conselhos para mudar seus estilos e modos de vida. Na consulta oferecida pelo clínico geral, é feita uma avaliação baseada nos informes feitos no atendimento anterior, buscando um acompanhamento adequado e atenção integral do usuário. Importante dizer que as normativas e protocolos usados são os que disponibilizam a SEMSA para este tipo de atendimento. O usuário recebe o tratamento que é fornecido pela farmácia em correspondência às suas necessidades e eficácia da medicação.

A avaliação nesse aspecto é positiva, pois se cumprem cada uma das pautas do protocolo de atendimento. As maiores dificuldades são o abandono e as mudanças que os usuários fazem às vezes sem a aprovação do médico, para isso nós adaptamos como estratégia que periodicamente e sem aviso seja supervisionado o usuário na sua casa pelo ACS e aí conhecer realmente a situação. Nosso maior

desafio é diminuir a quantidade de usuários que evoluem para estas doenças, buscando-se atuar de forma preventiva, já que a intensificação nas ações de promoção, mutirões de ações médicas e de enfermagem, na vinculação à prática sistemática de exercícios físicos e uma dieta balanceada contribuem para evitar a aparição dessas doenças. Obviamente, que nosso maior papel está na prevenção.

A expectativa de vida da população a cada vez é maior, dessa forma, um dos objetivos mais importantes que temos, é garantir à população idosa atendimento de qualidade e oferecer ações em saúde que contribuam para melhorar a qualidade de vida deles. O idoso, além das alterações fisiológicas próprias dessa fase da vida, terminam por ser acometidos muitas vezes por uma grande quantidade de doenças crônicas como HA, DM, CI e outras mais. Nesta ação programática, temos 154 idosos sendo acompanhados pela unidade, com uma cobertura de 63%, considerando que existem 228 idosos no território, de acordo com o CAP. Cabe responsabilidade à ESF intensificar as ações, atuar de forma preventiva e por essa razão temos feitas atividades de promoção direcionada à população idosa, dentre elas estão as palestras sobre os principais problemas da idade e coisas normais que acontecem como evitar quedas e a importância de não consumir medicamentos sem indicação médica. Todas estas ações são embasadas em protocolos disponibilizados pela SEMSA e seu monitoramento é feito em atividades de consulta programática e em vistas domiciliares. Nessas atividades participam familiares deles porque o envelhecimento não é só responsabilidade de todos, da equipe de saúde e, igualmente, da família do idoso.

As ações de saúde são planejadas periodicamente e contam com a presença do médico, enfermeiro e ACS além dos professores de educação física que se juntam à equipe para trabalhar.

O maior desafio que a gente tem pela frente é melhorar ainda mais a qualidade nos atendimentos, melhorar os registros específicos dos idosos, confeccionar as cadernetas nos 100% deles, avaliá-los numa perspectiva multidisciplinar, sem perder ela nos serviços oferecidos até hoje, contando para isso com o capital humano altamente disunidade e comprometido com a saúde da população.

A saúde da população é uma conquista que nos impulsiona a lutar pela manutenção dela, estando cada dia mais disunidades para enfrentar os desafios que

apareçam no futuro. Somente assim, vamos possibilitar continuar com serviços de qualidade em correspondência aos objetivos de hoje e aos sonhos de amanhã.

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

Ao fazer uma comparação entre aquilo que inicialmente descrevemos em relação à situação da ESF/APS e o Relatório da Análise Situacional, é apreciável a existência da convergência entre o que é preconizado pelo ministério da saúde para as UBS e a realidade existente, embora pequenos pontos ainda estejam em transformação. Trabalhar e desenvolver nossas atividades médico-assistenciais num ambiente onde existe coesão, disciplina de trabalho e condições de executá-lo, tem permitido mudar gradativamente indicadores de saúde, conquistando cada vez mais espaço na preferência dos usuários do SUS pela qualidade do serviço integral. Penso que temos conseguido mudar a realidade que tinha antes da nossa chegada à UBS. Posicionar num degrau que permita reconhecer, identificar e atuar em direção à melhoria da qualidade de vida da população, quer seja dos grupos prioritários ou da população em geral, teve como ganho principal uma mudança na qualidade de vida dos usuários pertencentes à nossa área de abrangência.

O texto construído inicialmente, ainda sem grande apropriação da realidade, retrata nosso cenário apenas de maneira superficial, sobretudo considerando a profundidade e riqueza de informações apresentadas ao se construir o Relatório da Análise Situacional. Há de se destacar que esse processo de aproximação e apropriação da realidade na qual atuamos, foi essencial, para que tenhamos subsídios a fim de melhor planejar e direcionar melhor nossas ações de saúde junto à comunidade de nossa área de abrangência, contribuindo ainda para a aproximação da equipe em si e desta com a comunidade.

2. Análise Estratégica

2.1 Justificativa

No ano 1991, a Organização das Nações Unidas (ONU) lançou uma Carta de Princípios para as Pessoas Idosas, que inclui a independência, participação, assistência, autorrealização e dignidade das pessoas idosas. Ainda que esses instrumentos legais sejam construídos, divulgados e executados em diferentes níveis temporais e de intensidade, uma nova concepção do processo de envelhecimento vem sendo incorporada socialmente. No Brasil, identificam-se marcos legais nacionais que favoreceram o percurso de amadurecimento sobre a questão do envelhecimento: a Constituição Federal de 1988 e a Política Nacional do Idoso, estabelecida em 1994 por meio da Lei 8.842 (BRASIL, 1994). Na década de 1990, no âmbito do Governo Federal, instituíram-se programas de benefícios que foram ampliados significativamente pelo Programa Bolsa Família (2004), com uma cobertura social que atende, contempla, pelo menos, 8 de cada 10 pessoas idosas no Brasil (LIMA-COSTA, M. E., 2003). Motivados, inspirados ou até sensibilizados com a problemática, quando o Brasil têm 25,5 milhões de pessoas idosas (15,7% da população) e uma taxa de crescimento anual de 15,4%, torna-se indispensável desenvolver e aplicar políticas em saúde dirigidas a esse grupo populacional (BRASIL, 2006). Se constitui num desafio, conseguir que pelo menos 85% da população acima dos 60 anos compareça regularmente às consultas, tenham acompanhamento adequado do seu processo de envelhecimento e das consequências que estes trazem, seja orgânica ou emocionalmente, cadastrá-los, acompanhar sua saúde bucal (RAMOS, L. R., 2002)). Desenvolver atividades de promoção de saúde dentre outras, torna-se prioridade e é aí, quando motivados, que propomos desenvolver nossa intervenção com foco nesta área programática e contamos para isso com o compromisso e o engajamento da ESF.

A nossa UBS pertence ao Centro de Saúde Vila Ivonete. Nomeada como Conquista II, está composta por médico (clínico geral), enfermeira, três técnicos em enfermagem e os ACS, temos inter-relação constante com a equipe do Centro de Saúde Vila Ivonete que dispõe de três pediatras, psicólogo, serviço de farmácia, vacina, coleta de exames e equipe de dois odontologistas com seus técnicos. A população correspondente à nossa área de abrangência é de 3500 pessoas. Na população tem predomínio daquelas acima dos 60 anos de idade, sendo visível um envelhecimento populacional que corresponde às tendências às quais está evoluindo a sociedade e baseado em isso, com a ideia de melhorar a expectativa de vida e melhora da sua qualidade foi que decidimos realizar nossa estratégia de intervenção em saúde.

A população-alvo da nossa área representa o 39,7% da população total cadastrada no nosso serviço, dos quais 45% está aderida ao nosso serviço e atendimento e participa das atividades planejadas na UBS Conquista II. É possível dizer que a qualidade no atendimento é boa, mas nossa aspiração é poder ofertar um cuidado em saúde de excelência. Para alcançar a qualidade ideal no atendimento à população idosa, propomos o desenvolvimento de ações de saúde dentro e fora da unidade que possibilitem maior adesão deles e que possamos ofertar cuidados em saúde de forma integral, com acompanhamento adequado, envolvidos nas ações de saúde, algumas já realizadas como as palestras em relação aos hábitos alimentares segundo sua idade, mudança de estilos de vida para contribuir numa melhor qualidade, oferta de medicamentos, acompanhamento de doenças crônicas, saúde bucal e mais ainda que estejam no planejamento estratégico de nosso serviço.

A intervenção é importante no âmbito da nossa UBS, pois nela se entrelaçam elementos de consulta médica, acompanhamento multiprofissional em saúde, imunizações, saúde bucal, saúde comunitária. Ações estas que buscam envolver a saúde do idoso a fim de proporcionar uma melhor qualidade e expectativa de vida e níveis de saúde. Os desafios também são muitos, pois os hábitos e costumes das pessoas idosas às vezes estão muito relacionados com seu comportamento, de valoração de eventos e de enfrentamento a realidades da vida. Dessa forma, há de se investir muito nas mudanças de hábitos de vida, por meio de um conjunto de ações sistematizadas, direcionadas a esta ação programática, buscando, sobretudo, a universalidade e a equidade de acesso aos serviços de saúde por parte dos idosos desta comunidade, a fim de que alcancemos a integralidade e a excelência do cuidado ofertado. Contar com o apoio da comunidade, do conselho de moradores das comunidades, com as famílias e parentes, assim como aqueles

que moram com eles, será muito importante em todo esse processo de implementação do projeto, contribuindo e oportunizando nossa atuação, de maneira mais efetiva.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Qualificar a atenção à saúde do idoso na UBS Conquista II em Rio Branco/AC.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

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

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

- **Meta 2.1.** Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde;
- **Meta 2.2.** Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos;
- **Meta 2.3.** Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos;
- **Meta 2.4.** Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos;
- **Meta 2.5.** Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área);
- **Meta 2.6.** Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção;
- **Meta 2.7.** Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS);
- **Meta 2.8.** Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM);
- **Meta 2.9.** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos;

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

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

- **Meta 4.1.** Manter registro específico de 100% das pessoas idosas;
- **Meta 4.2.** Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

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

- **Meta 5.1.** Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade;
- **Meta 5.2.** Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas;
- **Meta 5.3.** Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos

- **Meta 6.1.** Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas;
- **Meta 6.2.** Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos;
- **Meta 6.3.** Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Conquista II, no município de Rio Branco/AC. Participarão da intervenção 228 idosos (compreendidas as pessoas de 60 anos e mais) os que serão o nosso alvo, de um total de 3500 pessoas da nossa área de abrangência. Do total de idosos, 131 são mulheres e 97 são homens.

2.3.1 Detalhamento das ações

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

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Confeccionar um registro para o controle da cobertura dos idosos da área, que possibilite realizar acompanhamento daqueles que assistem regularmente à consulta e assim poder definir e recolher dados de cada que sejam futuramente úteis.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Direcionar o trabalho dos ACS no cadastro dos 100 % do total dos idosos da área que ainda ficam fora do nosso alcance para possibilitar assim um melhor atendimento; assim como realizar o correto preenchimento dos dados e das informações estatísticas em relação ao grupo priorizado no qual estamos trabalhando.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Levará em consideração explicar às famílias e aos próprios idosos da importância do seguimento médico e pela ESF para seu acompanhamento; informar à comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde, assim como a criação do grupo de idosos que vise realizar ações de promoção e prevenção de saúde.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Realizar a capacitação diante a discussão dos protocolos de saúde do idoso e lembrar à equipe as orientações que devem ser fornecidas neles e suas famílias; capacitar os ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço e capacitação da equipe da unidade de saúde quanto ao conteúdo da Política Nacional de Humanização (PNH – 2003).

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.

Ações:**MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

No monitoramento e avaliação é primordial fazer um controle periódico e frequente sobre a realização da AMR para assim ter uma certeza de como se está desenvolvendo aquela atividade.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Colocar à disposição recursos necessários para realizar a AMR nos idosos, treinar pessoal específico para realizar esta tarefa, definir as atribuições de cada profissional da equipe na AMR dos idosos o que fosse possível ao estabelecer as responsabilidades de cada membro da ESF para desenvolver as ações citadas anteriormente

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Com relação ao engajamento público precisamos aproveitar espaços de reuniões nas comunidades para realizar palestras sobre a importância da realização destas atividades, levando em consideração que a população idosa requer atendimento diferenciado e especial, assim como fazer um trabalho de conscientização junto aos usuários sobre como devem acontecer as mudanças na sua vida em diante, os riscos à saúde e problemas mais frequentes, assim como o que esperar em cada consulta.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Desenvolver escala de capacitação no pessoal que envolvido no atendimento aos idosos apoiados nos protocolos disponibilizados pelo MS para atendimento nesta população, treinar a equipe para a aplicação da AMR e para o encaminhamento adequado dos casos que necessitem avaliações mais complexas.

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.

Ações:**MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade de saúde fazendo um controle periódico e frequente sobre a realização de exame clínico apropriado para assim ter a certeza de como se está desenvolvendo a atividade.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos assim como garantir busca aos idosos que não realizaram o exame clínico apropriado, para o qual vamos elaborar uma planificação das atividades dos membros da ESF que possibilite estabelecer as atribuições de cada um na realização dos exames clínicos nos idosos que tenham hipertensão ou diabetes mellitus assim como controlar a sua regularidade nos exames clínicos apropriados.

Organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares que será ao estabelecer a criação de uma agenda especial que preencha os dados dos idosos com HA/DM que sejam provenientes das visitas domiciliares.

Garantir a referência e contra referência de usuários com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades priorizando ao receber referência e contra referência prioritária em aqueles que mais a necessitarem.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, sendo que vamos planejar atividades de orientação, promoção e prevenção de saúde dirigidas às comunidades, familiares e aos idosos em relação aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas e suas complicações assim como outros sinais que afetem os membros (pés, mãos) sendo em decorrência de transtornos circulatórios.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado mediante o ação de desenvolver uma escala de capacitação no pessoal que se involucra no atendimento aos idosos apoiados nos protocolos disponibilizados pelo MS para atendimento nesta população.

Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas para aplicar uma estratégia de preparação no pessoal da ESF para o manejo adequado, encaminhamento e atendimento em correspondência às necessidades individuais e os procedimentos clínicos.

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde, assim como checar regularmente o número de idosos portadores de HA e DM que realizam regularmente e como preconizados seus exames de rotina

Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada, para fazer um controle periódico e frequente sobre a realização de exame clínico apropriada permitindo-nos assim ter a certeza de como se está desenvolvendo a atividade.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Garantir mediante planejamento dos recursos que exista disponibilidade de exames complementares para a população idosa adstrita

Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo, estabelecendo parcerias com os responsáveis de cada nível para possibilitar agilidade na realização e processamento dos resultados de exames.

Estabelecer sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados, isso ao definir quando necessário alertas e avisos para aqueles que não estão realizando os exames preconizados

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientar os usuários e comunidade enquanto à necessidade de realização de exames complementares. Planejar atividades de orientação, promoção e prevenção de saúde dirigidas às comunidades, familiares e aos idosos em relação à importância de fazer exames complementares frequentes.

Orientar aos usuários e comunidade enquanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares: desenvolver oficinas direcionadas aos idosos e às comunidades onde seja explicada a necessidade e importância de fazer periodicamente os exames complementares.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares: desenvolver uma escala de capacitação no pessoal que se involucra no atendimento aos idosos apoiados nos protocolos disponibilizados pelo MS para atendimento nesta população.

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular, fazendo um controle periódico e frequente sobre o acesso aos medicamentos disponibilizados pela farmácia popular.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos, fazendo frequentemente um *check-in* dos estoques de medicação para ter a certeza da existência de itens necessários.

Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou Diabéticos cadastrados na unidade de saúde, atualizando o registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos/diabéticos em correspondência ao cadastro existente.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientar os usuários e comunidade enquanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular e possíveis alternativas para obter este acesso, planejando atividades de orientação, promoção e prevenção de saúde dirigidas às comunidades, familiares e idosos em relação ao direito que eles têm de possuir acesso aos medicamentos mesmo assim como as alternativas que têm em caso exista falta dos habituais.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes: desenvolver uma escala de atualização no pessoal que se involucra no atendimento aos idosos apoiados nos protocolos disponibilizados pelo MS para atendimento nesta população.

Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, aplicando uma estratégia de preparação no pessoal da ESF para o manejo adequado, encaminhamento e atendimento em correspondência às necessidades individuais dos medicamentos utilizados por eles e suas.

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção, mediante um controle periódico e frequente nos casos dos idosos acamados ou com problemas de locomoção que precisem ser visitados.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção periodicamente e apoiado no trabalho dos ACS a situação atual dos idosos cadastrados de fato seja possível planejar as visitas domiciliares para acompanhar sua situação e avalia-os.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar mediante planejamento de atividades de orientação, promoção e prevenção de saúde dirigidas às comunidades, familiares e aos idosos em relação à importância das visitas domiciliares.

Orientar a comunidade sobre a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados ou com problemas de locomoção desenvolvendo oficinas direcionadas aos idosos e às comunidades onde seja explicada a necessidade e importância de fazer periodicamente as visitas domiciliares.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Orientar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção apoiados no treinamento e orientação aos ACS sobre sua responsabilidade em manter atualizado cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas para locomover-se.

Orientar os ACS para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar. Treinar e orientar aos ACS para que saibam identificar quais são os casos dos idosos, em correspondência com as suas necessidades a serem visitados e acompanhados desde sua casa.

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção pela ESF, com periodicidade trimestral para identificar continuidade nas orientações médicas e ocorrência de agravos ou novas situações.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar e sobre a disponibilidade deste serviço para aos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Orientar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção assim como para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar.

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar o número idosos submetidos a rastreamento para HAS, sistematicamente.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS. 5.2. Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientar a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade, assim como dos fatores de risco para o desenvolvimento de HAS.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar número idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM sistematicamente.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM, garantindo o material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica.

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

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de idosos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde, cadastra-os, oferece-lhes atendimento prioritário aos idosos na unidade de saúde.

Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde.

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

Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos e ofereça-lhes atendimento prioritário.

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, esclarecendo além sobre a necessidade da realização de exames bucais.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar a equipe para realizar acolhimento do idoso de acordo com protocolo, para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico.

Capacitar os ACS para captação de idosos.

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

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

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Desenvolver e implementar um esquema para controle dos idosos faltosos assim como organizar e estabelecer prioridades para o acompanhamento aos idosos provenientes das visitas domiciliares

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos; organizando a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas, assim como ouvi-la sobre estratégias para não ocorrer evasão dos idosos e esclarecer aos

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

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Treinar os ACS para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade, definindo com a equipe a periodicidade das consultas.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Manter as informações do SIAB atualizadas; implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos. Pactuar com a equipe o registro das informações. Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

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

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

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

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Priorizar o atendimento idosos de maior risco de morbimortalidade.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Priorizar o atendimento idosos fragilizados na velhice.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS, assim como todos os idosos com rede social deficiente.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientar os idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde e estimular na comunidade a promoção da socialização da pessoa idosa. (Procurando parcerias para trabalhos em igrejas, escolas, grupos de apoio...) e do estabelecimento de redes sociais de apoio.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar a equipe para avaliar a rede social dos idosos.

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Monitorar o número de idosos com obesidade / desnutrição.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar a equipe para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os *Dez passos para alimentação saudável* ou o *Guia alimentar para a população brasileira*.

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

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos e número deles que realizam atividade física regular.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

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

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar as atividades educativas individuais.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

2.3.2 Indicadores

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

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

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde. Numerador: Número de idosos cadastrados no programa / Denominador: Número de idosos pertencentes a área de abrangência da unidade de saúde.

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

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

Indicador 2.1: Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia. Numerador: Número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia/Denominador: Número de idosos cadastrados no programa, pertencentes 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 pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

Indicador 2.3: Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia. Numerador: Número de idosos hipertensos e / Denominador: Número de idosos cadastrados no programa, pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.4: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia 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 pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

Indicador 2.5: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados. Numerador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa / Denominador: Número de idosos acamados ou com problema de locomoção pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

Indicador 2.6: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar. Numerador: Número de idosos acamados ou com problema de locomoção que receberam visita domiciliar / Denominador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

Indicador 2.7: Proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta. Numerador: Número de idosos com medida da pressão arterial na última consulta / Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

Indicador 2.8: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.
Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus /
Denominador: Número de idosos com pressão sustentada maior que 135/80mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

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

Indicador 2.9: Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Numerador: Número de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico / Denominador: Número total de idosos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

Indicador 2.10: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática. Numerador: Número de idosos da área de abrangência na UBS com primeira consulta odontológica programática / Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

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

Indicador 3.1: Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa. Numerador: Número de idosos faltosos às consultas programadas e buscados pela unidade de saúde / Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

Indicador 4.1: Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia. Numerador: Número de fichas espelho com registro atualizado / Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

Indicador 4.2: Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.
Numerador: Número de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa / Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

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

Indicador 5.1: Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia. Numerador: Número de idosos rastreados quanto ao risco de morbimortalidade / Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

Indicador 5.2: Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia. Numerador: Número de idosos investigados quanto à presença de indicadores de fragilização na velhice / Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

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

Numerador 5.3: Número de idosos com avaliação de rede social/Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos.

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

Indicador 6.1: Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis. Numerador: Número de idosos com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis / Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

Indicador 6.2: Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física. Numerador: Número de idosos com orientação para prática regular de atividade física / Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

Indicador 6.3: Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal. Numerador: Número de idosos com orientação sobre higiene bucal / Denominador: Número total de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Será utilizado como documento-base o Caderno da atenção Básica. Nº19, Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, disponibilizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010). Realizaremos um registro específico (RE) das ações desenvolvidas no âmbito da saúde do idoso. O RE tem no seu conteúdo informações recolhidas das consultas agendadas, das visitas domiciliares, vacinação e outras disponibilizadas na caderneta do idoso e nos arquivos do centro de saúde, de modo que seja possível obter dados. Todas elas em seu conjunto vão possibilitar o fornecimento de informações úteis para desenvolver nosso trabalho e a coleta de dados dele vai permitir que pudessem realizar uma ficha com informações gerais e específicas. A responsabilidade do recolhimento das informações será da enfermeira que, semanalmente, observará as fontes acima citadas para tomar os dados que fossem necessários. Serão necessárias 228 fichas espelho, número suficiente para cadastramento de todos os idosos pertencentes à nossa área de abrangência. A disponibilização dos instrumentos já foi pactuada com a gestão municipal.

De fato, para poder conseguir e ordenar o RE do programa, será analisado o registro de todos os idosos cadastrados no centro de saúde, aqueles que vieram regularmente à consulta e aqueles faltosos ou com consulta retrasada nos últimos meses, utilizando para isso os prontuários, os mapas de atendimento do médico e as cadernetas do idoso. Serão utilizadas as informações neles contidas para avaliar individual e coletivamente cada, o que será feito pela enfermeira e ACS selecionados, possibilitando assim uma primeira avaliação que servirá como início.

Vamos começar com uma análise e estudo do que diz o Caderno de Atenção Básica no que se refere ao envelhecimento e saúde da pessoa idosa, sendo esse nosso foco de intervenção e disponibilizaremos um período de duas horas mensalmente. A análise vai ser desenvolvida em consequência aos avanços do trabalho, de modo que cada membro da ESF consiga internalizar a importância dele.

Será aproveitado cada momento tanto dentro da unidade de saúde como fora dele quando são realizadas as visitas. Todo momento de interação e troca com a população idosa é vital. Assim, a coleta de dados e informações se desenvolve como um engajamento contínuo e sistemático para obter os dados necessários.

Os idosos que cheguem ao centro serão classificados segundo seja sua necessidade para estabelecer prioridades: aqueles que cheguem só por rotina de acompanhamento serão agendados no próprio dia, terão prioridade acima dos demais aqueles cujas situações de saúde possuam estado de descontrole, estou falando de HA e DM descontroladas assim como portadores de deficiências. A ESF vai ser direcionada com enfermeiro, técnico em enfermagem e ACS para que as ações dentro e fora do ambiente do centro se desenvolvam em total normalidade permitindo assim ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 100 %; realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos; realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas; realizar a solicitação de exames complementares; priorizar a prescrição de medicamentos.

Importante ressaltar que, no período de implementação do projeto a este grupo populacional, não poderá ser modificada a rotina de trabalho, que deverá ser tratada como prioridade, reservando vagas para atender um possível aumento na demanda espontânea. Ou seja, o projeto de intervenção, não deve interferir ou prejudicar as demais atividades próprias da rotina diária do serviço. Estimamos a necessidade de realizar cerca de 16 atendimentos de idosos semanalmente a fim de alcançarmos os 228 idosos de nossa área de abrangência, chegando à meta de cobertura de 100%.

Constitui de vital importância envolver a comunidade, a família toda nas ações pela saúde do idoso, assim o trabalho é mais integral. Apoiar-nos nas associações de moradores e em outros fatores que levem liderança nas comunidades, pois temos ações de saúde que dependem muito deles pois na procura ativa dos idosos faltosos, a identificação de aqueles que tem risco de morbimortalidade, a identificação dos que possuam fragilidade, garantir conhecimento em relação aos hábitos alimentares, os riscos de acidentes e a prática de exercício físico são algumas delas que precisam ser inseridas

na comunidade, na medida em que estamos atuando em saúde de família e comunidade e temos de pensar na integralidade das ações ofertadas.

Com periodicidade definida, o enfermeiro de conjunto ao ACS controlarão os idosos cadastrados e as ações neles aplicadas ou desenvolvidas, checando as cadernetas dos idosos, prontuários e mapas de atendimento do médico, elementos para identificar precocemente se for o caso, algum tipo de problema. A partir de então e após contabilizar, semanalmente, serão buscados os faltosos para correspondentemente ofertar o atendimento diferenciado se necessário, assim como oferecer-lhes horários flexíveis e até a possibilidade de atendimento domiciliar, se for o caso. Uma vez finalizado o mês, o profissional e a ESF terão dados para ir preenchendo na planilha e processa-as.

As ações a serem desenvolvidas como parte da intervenção na saúde do idoso leva por perto a participação da comunidade, fato que ressaltará sua importância e implantação futura em pós da saúde da população idosa. O esclarecimento e comprometimento das comunidades com as ações vão trazer resultados positivos, pois, além de ser feito o trabalho da ESF vai complementar-se com a participação comunitária que propiciará: primeiro, uma maior conscientização do assunto; segundo, o apoio nas ações como por exemplo a procura ativa de faltosos às consultas, ajuda em aqueles que morem sozinhos para ficar de olhos nas suas condições e possíveis problemas a se apresentar; terceiro, participação nas ações de promoção, prevenção e reabilitação baseados nas comunidades e muito importante, a identificação precoce de situações que contribuam ao detrimento da saúde da população idosa. São eles os elementos mais significativos de que poderemos contar com a comunidade.

3 Relatório da Intervenção

A intervenção estava inicialmente prevista para ser realizada em 16 semanas. No entanto, foi realizada em 12 semanas, seguindo orientações da coordenação geral do curso de Especialização em Saúde da Família, UNASUS/UFPEL. Essa redução de semanas teve o intuito de ajustar a intervenção ao cronograma do curso.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Do total das ações previstas neste projeto, todas foram desenvolvidas integralmente, cumprindo assim, o planejado e sem grandes dificuldades. O sucesso da intervenção foi obtido pela coesão, responsabilidade e sistematicidade na execução das atividades planejadas, todas elas, respondendo aos objetivos e metas prouinidades pelo curso para a intervenção em saúde do idoso.

Capacitar os integrantes da ESF em relação aos protocolos existentes na APS para o trabalho na Saúde do Idoso nos fortaleceu muito enquanto equipe já que devidamente apropriados de como se daria o processo da intervenção e apoiados nos documentos que serviriam de base, todos conseguimos nos atualizar no sentido das ações a serem realizadas. Por outro lado, o estabelecimento prévio com as atribuições de cada membro da ESF em relação às ações correspondentes a serem desenvolvidas ajudou a compartilhar o trabalho e, dessa forma, ninguém ficou sobrecarregado nas suas responsabilidades. Isso permitiu uma maior organização dos processos de trabalho e fluxos da unidade, de forma que a cada vez que chegava uma pessoa idosa, como nosso foco principal foi essa faixa etária, era devidamente acolhida e recebia as orientações corretas e precisas, a fim de dar resposta às suas demandas de saúde. Foi importante ainda para que a equipe como

um todo pudesse realizar as atividades de registro de forma correta e se inserir no processo de monitoramento e avaliação das ações que seriam feitas regularmente.

A atividade de cadastramento de todos os idosos pertencentes à nossa área de abrangência teve um início sem grandes dificuldades. Depois, tivemos algumas semanas de desaceleração desse processo, onde não havíamos atingido 100 % em relação à quantidade dos idosos pertencentes à área de abrangência. Quase já no final da intervenção, conseguimos cadastrar todos os idosos e mais do que dados numéricos, atingir esta meta foi o resultado um trabalho de aproximação e sensibilização junto à comunidade e especificamente aos idosos, dando acerca do nosso projeto, nossas ofertas de atividades e os benefícios que poderiam ter ao serem acompanhados de forma sistemática e longitudinal. Importante ressaltar que todos os idosos que buscavam o serviço tinham acesso ao atendimento. No entanto, para efeito de cadastramento e coleta de dados pelo programa, foram inseridos na intervenção apenas aqueles pertencentes à nossa área de abrangência, somando 228 idosos.

Não existiu maior satisfação para nós que receber a gratidão, que muitas vezes tiraram as lágrimas dos nossos olhos que emocionaram. Refiro-me aqui às visitas domiciliares, sobretudo para os idosos acamados ou com dificuldades de locomoção. Muitas foram as demonstrações de carinho nesses momentos de oferta de cuidado em saúde, nos quais literalmente adentramos as casas e vidas das pessoas, compartilhando de momentos importantes como aniversários, chá às tardes, enfim, como se nós fossemos da própria família deles. Conseguimos aos poucos nos incorporar à rotina do dia a dia da comunidade, fortalecendo nossos vínculos, oportunizando que estivéssemos de fato envolvidos com as suas vidas, com os seus problemas e, dessa forma, poderemos atuar no momento oportuno.

O atendimento clínico ocorreu de forma tranquila durante toda a intervenção. Com a capacitação da equipe e a organização dos processos de trabalho, estabelecemos fluxos e estratégias de forma a garantir o acolhimento adequado aos idosos, com atendimento prioritário e escuta de suas demandas. Do mesmo modo, as ações de educação em saúde foram muito importantes e eram feitas em todos os espaços possíveis, fossem na sala de espera abordando diversos temas relacionados à saúde dos idosos ou nas consultas individualmente, com a oferta de orientações específicas e previstas na intervenção.

A busca ativa pelos faltosos foi outro ponto forte da nossa intervenção. O vínculo construído entre a ESF, ACS, médico, enfermeiros, foi um dos principais ganhos que obtivemos. Os ACS especificamente foram essenciais durante todo o processo e nada teria sido possível sem o apoio deles. Nem visitas, nem busca ativa dos faltosos, nem o necessário e importante acompanhamento continuado dos idosos. Foram fundamentais para que atingíssemos os bons resultados alcançados.

Acredito que o movimento de aproximação e articulação com lideranças da comunidade teve um importante valor, já que eles ajudaram de muito nas nossas ações, com a sensibilização desde assunto na comunidade, apoiando aos que moram sozinhos ou àqueles que não tinham quem pudesse ajudá-los. As construções sempre ocorreram de forma coletiva, com a participação da comunidade que pode acompanhar progressivamente como estavam se desenvolvendo as ações propostas e sendo feitos os repasses que os deixavam contentes com o que nós estávamos fazendo.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Com muita satisfação, podemos dizer que não houve ações previstas que não fossem desenvolvidas, isso foi possível pela distribuição das responsabilidades e pelo controle sistemático na realização de todos os pontos previstos para esta intervenção. A equipe trabalhou de forma dedicada e comprometida. Intensificamos nossas ações, construímos estratégias e revisitamos continuamente os rumos da implementação do projeto para que alcançássemos as metas que havíamos estabelecido.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Em relação à coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, não tivemos muitas dificuldades. Conseguimos coletar os dados, alimentando as planilhas de forma adequada. Os dados foram sistematizados, não havendo entraves também, em seu processamento e análise.

No início do processo da intervenção, tivemos uma falta de Cadernetas da Pessoa Idosa e outros documentos. No entanto, esse fato não significou um impedimento para seguirmos em frente. Realizamos uma articulação junto à

coordenação da área de saúde do idoso da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) e conseguimos resolver a questão de forma tranquila. Por outro lado, tivemos a falta da equipe odontológica que não só afetou o nosso trabalho como também afetou a rotina da unidade. Com um bom planejamento e estratégias discutidas de forma coletiva entre a ESF e a SEMSA, conseguimos resolver. Os pequenos contratemplos vivenciados no dia a dia pela equipe no que diz respeito à coleta e sistematização dos dados, foram resolvidos de forma rápida e resolutiva, sempre de forma dialogada, não representando obstáculos, nem comprometendo este aspecto da intervenção.

É válido trazer também aqui, o fato de que no início, não conseguimos o cadastramento dos 100 % dos idosos pertencentes à nossa área, tendo havido a necessidade de intensificar essa ação, que tornou-se em alguma medida, uma prioridade e foi perceptível na planilha final de coleta de dados como conseguimos avançar nesse sentido ao longo da implementação do projeto.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina do serviço

A intervenção em saúde do idoso é considerada viável dentro da rotina das atividades da unidade de saúde. Ela aumenta a acessibilidade aos serviços, oportunizando um incremento da relação com a população de sessenta anos e mais da nossa abrangência.

Aos poucos, as ações que foram desenvolvidas durante a intervenção foram se incorporando à rotina da unidade e inseridas junto à comunidade. Dessa forma, trabalhamos continuamente na atualização da caderneta do idoso e da ficha espelho, sempre orientando nossos idosos sobre a importância do fato de portar sempre com eles esse documento pela importância que possui, com cada uma das informações que tem. Nas atividades de promoção de saúde está sendo implementado um roteiro com as atividades educativas a fim de dar resposta às principais demandas encontradas. Assim, se percebemos que nas consultas há um aumento das doenças respiratórias, além de tratá-las, se desenham atividades direcionadas a evitá-las também. O vínculo estabelecido com as lideranças comunitárias fortalece nossas ações, pois nesse espaço a gente se relaciona com aqueles que mais tem contato com os idosos instruindo-os em como identificar agravos, promover saúde e ajuda-los sempre que necessário. A equipe segue

atuando de forma coesa, comprometida e dedicada, desenvolvendo as ações voltadas, tendo por foco a saúde do idoso.

A intervenção possibilita ainda, um acompanhamento ampliado dos idosos, realizando a estratificando do risco de cada um e identificando as principais fragilidades, que poderiam trazer outros agravos à qualidade de vida. Permite valorizar a pessoa idosa, através de sua incorporação de forma integral ao serviço na UBS.

4. Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Haver chegado até aqui foi resultado de muito esforço, dedicação, uma dose extra de sacrifício e a vontade de conseguir mudar a qualidade da saúde dos idosos em todos os aspectos, através das ações que nos propusemos a desenvolver com o projeto de intervenção. Neste momento, fazemos uma análise, expondo os resultados e apresentando o quanto nós conseguimos fazer.

Para começar a nossa intervenção, decidimos estabelecer objetivos geral e específicos, podendo assim ter o foco no qual íamos trabalhar. Constituiu o nosso objetivo geral qualificar a atenção à saúde do idoso na UBS Conquista II, em Rio Branco/AC, mas que especificamente seria: ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área de abrangência da UBS Conquista II em Rio Branco / AC para 100%, melhorar a qualidade da atenção ao idoso da área de abrangência da UBS Conquista II em Rio Branco / AC, melhorar a adesão dos idosos pertencentes à área de abrangência da UBS Conquista II em Rio Branco / AC, melhorar o registro das informações, mapear os idosos de risco da área de abrangência da UBS Conquista II em Rio Branco / AC e por último promover a saúde dos idosos pertencentes à área de abrangência da UBS Conquista II em Rio Branco / AC. Obviamente analisar os resultados relacionados aos objetivos de forma isolada não traz muito sentido, sendo necessário e pertinente, avaliarmos essas informações inseridas num contexto maior, confrontado cada um deles com as metas correspondentes desejadas pela equipe de saúde da família, para um melhor entendimento e compreensão do significado desses resultados para todos os atores envolvidos.

Em relação a cada uma das metas, faremos um balanço, validando assim, o resultado obtido nos indicadores nesta a nossa intervenção. Levamos em conta que o percentual de pessoas de nosso cadastro da USF Conquista II é de 3500 pessoas

e delas 228 estão compreendidas com 60 anos e mais, sendo, pois, consideradas idosas. Foram esses os nossos dados iniciais para trabalhar. Abaixo, os resultados obtidos com a intervenção, com suas respectivas análises e reflexões.

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

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

Quando nós começamos com as atividades desta intervenção, ainda existia um pequeno grau de dúvidas dos idosos e estavam certos já que não haviam precedentes deste tipo de trabalho na comunidade e eles estavam com dúvida se se juntavam ou não. Aos poucos, graças aos esforços dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), às nossas palestras nos conselhos de vizinhos eles foram-se motivando o que contribuiu para que gradativamente chegássemos aos 100 % nos cadastros para a intervenção. Deles, 160 (70 %) foram cadastrados no primeiro mês. Conseguimos trazer até nós mais 59 idosos no segundo mês correspondendo a 219 idosos (96%), totalizando já os 228 (100%), no encerramento do terceiro mês. Conseguimos com o nosso trabalho, dedicado e focado à atenção do idoso, trazer e incorporar à rotina de trabalho aos idosos e que eles juntaram-se à ESF nas atividades e ações encaminhadas a sua saúde, isso foi um ganho significativo para todos.

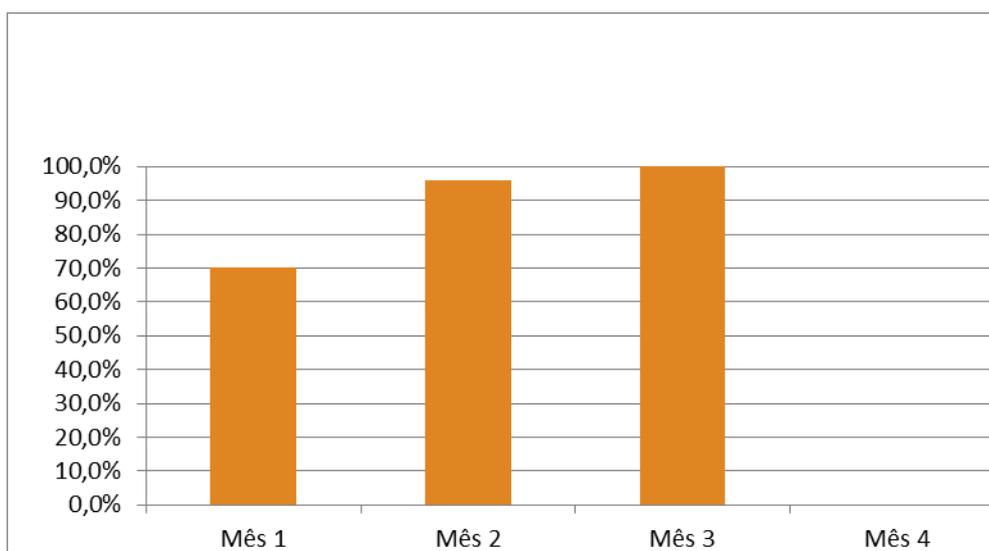


Figura 1 - Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

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

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

Para a realização da AMR decolamos com boa quantidade delas, sendo que no primeiro mês só conseguimos realizá-la em 109 idosos que participaram das atividades de consulta quando convocados, após começar a incentivar mediante convites, palestras e outras desenvolvidas pelos ACS, no segundo e no terceiro mês chegamos à quantidade de 180 e de 228 idosos, isso representa 68%, 82% e 100 % respectivamente. Válido dizer, que a aceitação que tivemos dentro da comunidade possibilitou em grande medida o desenvolvimento deste e de outros indicadores já que a constância e dedicação com a que a equipe fez cada coisa contribuiu para ganhar a confiança dos idosos.

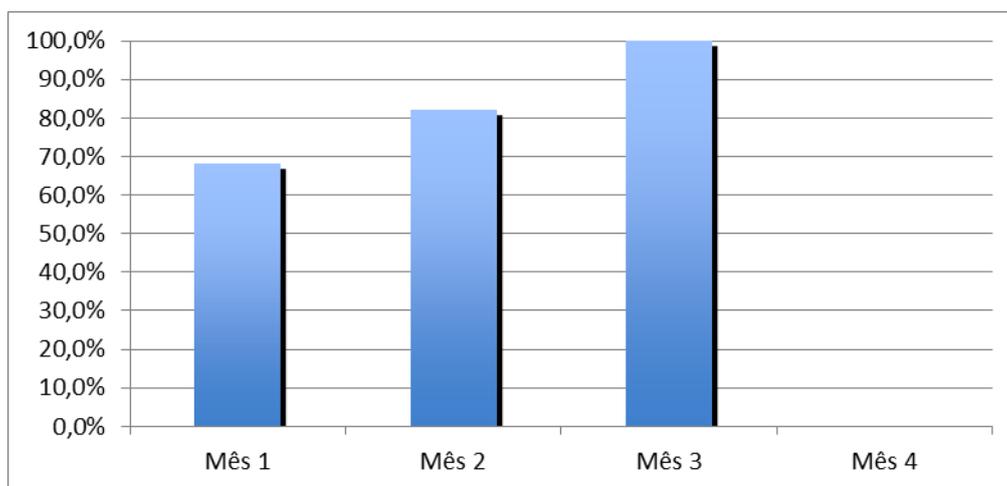


Figura 2 - Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.
Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

• **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;

Um exame clínico apropriado é fundamental, ainda mais quando se trata da população idosa que devido ao envelhecimento fisiológico lhes acontecem muitas mudanças que são encontradas mediante um exame minucioso que quando o médico faz de forma correta serve para avaliá-los e para ter uma ideia do que está

acontecendo. Na nossa intervenção desenvolveu-se uma AMR, direcionada aos 228 idosos que são o nosso universo e que aos poucos, com muita dedicação e comprometimento conseguimos fazer; primeiro foram 109, depois mais 71, atingindo 180 e para chegar aos 228 idosos mais 48 usuários o que representou um crescente 68 %, 82 % e 100 %. Com a realização do exame clínico apropriado em 100 % das consultas, foi possível ter a realidade da situação de cada um, fazendo esse análise por individual foi viável também pela realização das atividades de consulta planejadas fazer no cronograma de atividades, o que possibilitou a prontidão e qualidade deste aspecto.

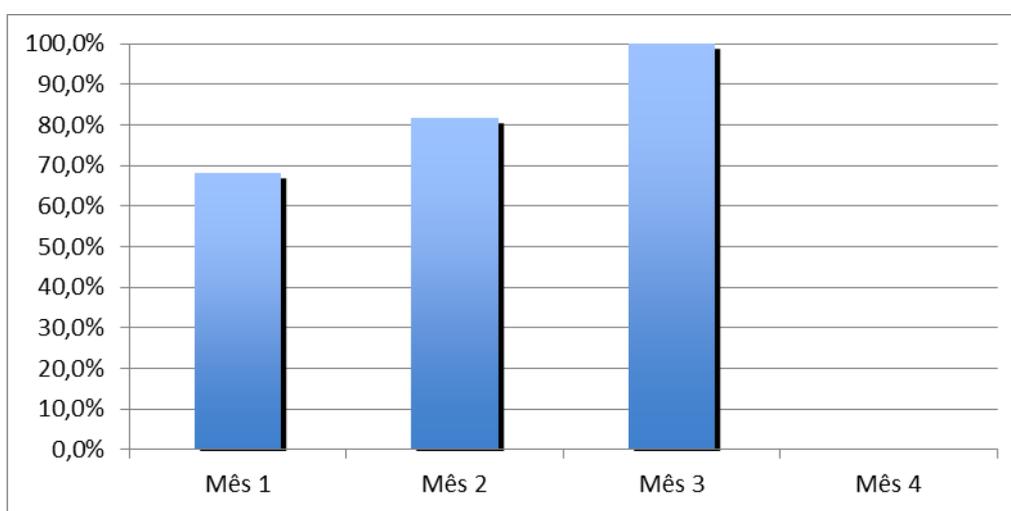


Figura 3 - Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

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

Embora seja feito um acompanhamento sistemático das pessoas que tem hipertensão ou diabetes, é muito importante fazer exames complementares também, servindo estes para avaliação geral como é no caso do colesterol, dos triglicerídeos, da creatinina, glicemia e outros que trazem dados para um enfoque geral para avaliação dessas doenças especificamente e que havendo alterações podem servir para mudar tratamentos ou adotar estratégias. Por essa razão, avaliamos o indicador, que no começo quando ao cadastrar existiam diagnosticados 81 idosos, que depois com o aumento nos controles e no aumento dos cadastros aumentou para 103 no segundo mês e fechou com 107 já no terceiro mês; ao todo representou, 84 %, 80 % e 98 % respectivamente. Acho necessário salientar que

não conseguimos fechar com um 100 % já que existiu demora no processamento dos resultados pela demora na hora da coleta dos exames, fato que atrapalhou já no último mês. Ainda assim, pensamos que foi um excelente resultado, já que ter conseguido monitorar com exames complementares 105 dos 107 idosos hipertensos e/ou diabéticos demonstrou coesão e que a implementação das atividades, a realização das ações educativas contribuiu na educação e na conscientização da população.

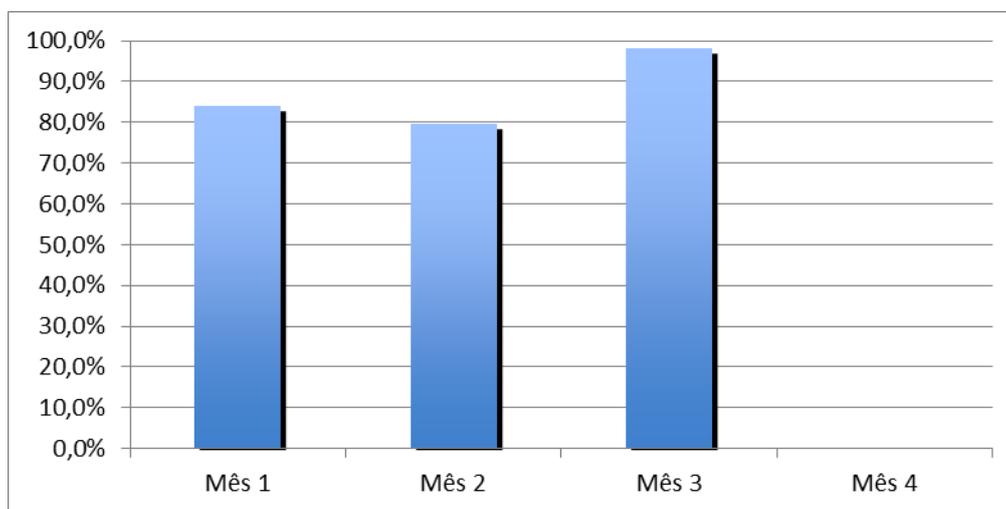


Figura 4- Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

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

Embora o nosso desejo for priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular aos 100 % dos idosos que precisarem para o controle das suas doenças, no caso que tiveram; nesse aspecto é visível que houve uma diminuição, não só dos por centos obtidos (31 %, 26 % e 28 % respectivamente) que estavam em relação ao crescente número de idosos (160, 219 e 228 respectivamente que foi feito o cadastramento). Nós estudamos as portarias 491 de 09/03/2006 e 971 de 17/05/2012 as duas do Ministério da Saúde que regulamentam a Farmácia Popular (FP), assim a equipe estaria ciente da importância; encontramos um pouco de dificuldade, de índole cultural próprio desse tipo de população que pelas suas características sociais sofreram muito em saúde, mas que hoje garantido muito

recursos. Dentre as principais doenças, aquelas mais padecidas como a HAS, o DM, ASMA graças aos esforços do governo estadual e da prefeitura não tem faltado os remédios genéricos para tratá-las. Em muitos casos trouxe desacordo com os usuários que rejeitaram a proposta de trocar tratamentos que eles tiveram que comprar, pois no SUS são de graça e embora na FP tenham um considerável desconto, eles desde que seja controlada a sua doença com aqueles fornecidos pelo SUS nas unidades, querem continuar. Sempre existe quem não tem jeito e tem que comprar, daí que o por cento que falta em cada mês para atingir os 100 % são aqueles usuários da FP que cadastrados já recebem o benefício. Dessa forma, tivemos 31 % nos primeiros tinta dias, isso em relação aos 50 idosos com necessidade de medicações, depois, com o aumento nos cadastros não existiu muita coisa, tivemos 26 %, o que correspondeu aos 57 idosos com essa necessidade e encerramos o terceiro mês com 63 usuários precisando remédios e que só atingimos 28 % de pessoas que aceitaram a prescrição.

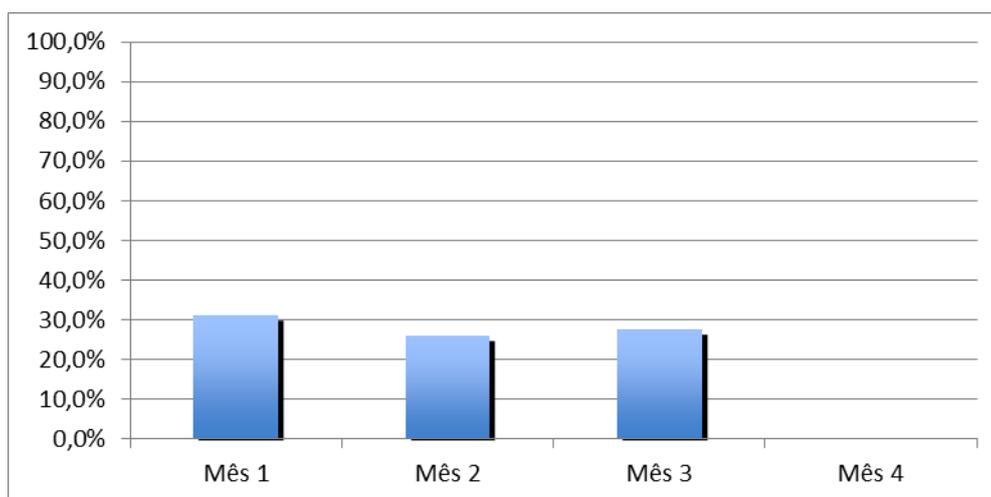


Figura 5 - Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

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

Foi muito gratificante para mim e para a equipe tem sido este trabalho com os idosos, ainda mais foi com os que eram acamados ou com problemas de locomoção, é impressionante ver como a vida colocou barreiras que eles souberam pular em muitas vezes, sendo que se adaptaram e aceitaram a sua condição mais que deficiência para enfrentar a vida, não poucas oportunidades foram nas quais

tiraram as lágrimas dos nossos olhos e nem sempre de lástima, se não de erguimento ante as dificuldades do dia a dia. O nosso por cento de acamados ou com dificuldades de locomoção em relação ao total de idosos cadastrados é de 18,42 %, sendo que de um total de 228 idosos, 42 deles estão nessa condição. Desde o início das atividades da intervenção sempre conseguimos cadastrar todos os idosos acamados ou com problemas de locomoção. Estender nosso atendimento aos 100 % dos idosos acamados ou com problemas de locomoção além de ser uma meta cumprida, foi humanizar o nosso atendimento, permitindo-nos chegar até a realidade das moradias, das famílias e das pessoas com esse tipo de necessidade daí. Para essa meta serviu de muito o treinamento adequado aos ACS que foram para participar das atividades de vacinação, visitas domiciliares e procura de faltoso às consultas agendadas. Eles conseguiram fazer um excelente trabalho o que possibilitou manter os 100 % em todos os meses da intervenção.

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

Com muita satisfação pessoal e compromisso profissional foi que a ESF em coeso fez as visitas domiciliares aos acamados e/ou com problemas de locomoção. Essa oportunidade de inter-relação possibilitou o conhecimento da realidade de cada um deles, permitindo estabelecer um relacionamento mais estreito com eles e a sua relação com a ESF para o melhor tratamento e acompanhamento. Desde o início a ESF conseguiu mensalmente fazer o acompanhamento aos 100 % dos idosos cadastrados em cada mês. Com a realização aos 100 % dos 42 idosos compreendidos com problemas de locomoção foi significativa, humanizando nosso atendimento e possibilitando levar os nossos serviços até esse povo que não consegue ou não pode chegar até a unidade. Ter alcançado 100 % dessa meta possibilitou ter coberto todos os idosos com essa limitação ao mesmo tempo que fez possível a integração da ESF.

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

Com o avanço dos anos, os idosos devem de ser acompanhados pelo fato de que alguma doença / comorbidade pode aparecer. Assim, fizemos o

acompanhamento e rastreamento para hipertensão na última consulta. Desta vez, além do rastreamento, foram muito importantes as palestras na sala de acolhimento, o que contribuiu para que eles soubessem identificar sinais ou sintomas do padecimento da hipertensão arterial, explicando-lhes também os riscos que trazesse essa doença. Começamos fazendo esse controle em 83, 135 e 225 (respectivamente no mês 1, mês 2 e mês 3) idosos que chegaram em consulta para as atividades da intervenção em relação a 160, 219 e 228 idosos em igual período (que foram os nossos cadastros nesses meses), obtivemos um 52 % no primeiro mês, já no segundo e no terceiro atingimos um 62 % e um 99 %. Com a realização das ações planejadas para esta intervenção em saúde do idoso, foi possível, então, rastrear 99 % dos idosos para HAS, sendo que foi fundamental a assistência deles em consulta planejada, complementado com a busca dos faltosos e as visitas domiciliares aos acamados ou com problemas de locomoção. Tivemos uma melhor apropriação da realidade de cada um deles, sendo possível avaliar futuras ações que desejamos implementar. Aí tivemos a falta de três idosos que estavam de viagem e não conseguiram chegar antes de nós encerrar o terceiro mês.

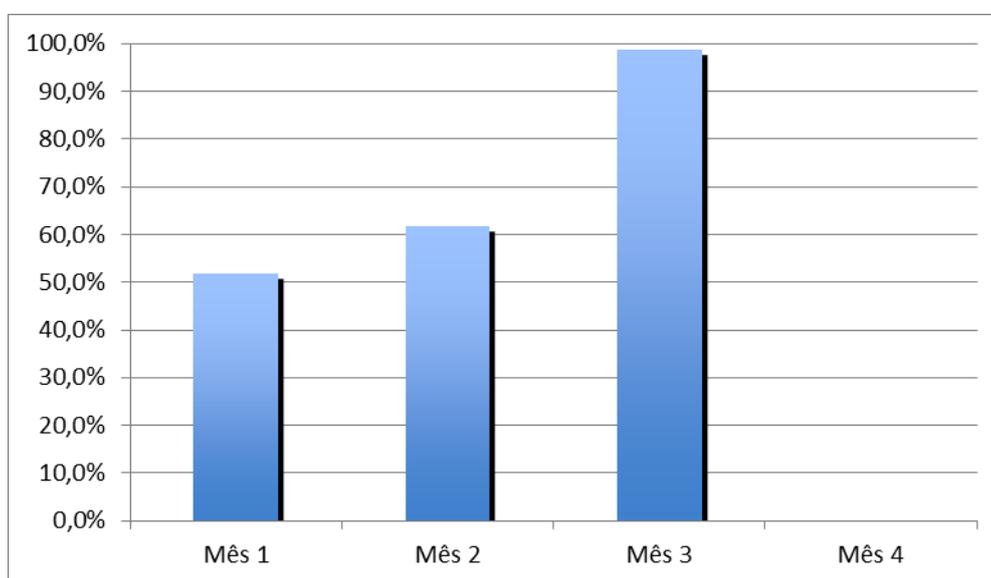


Figura 6 - Proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta
Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

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

Outra ação de muita importância e valor é o rastreamento dos idosos que já sofrem de HAS para DM, sendo que quando estas duas doenças acontecem numa mesma pessoa os cuidados devem ser seguidos pelo usuário, evitando assim complicações e outros agravos à saúde da pessoa idosa. Fizemos este acompanhamento nos três meses da intervenção em 26 dos 33 idosos classificados com HAS ou com valores de PA sustentada maior que 135/80mmHg. Conseguimos chegar a 79%, mas depois, no segundo e terceiro mês atingimos os 100% desses rastreamentos em 40 e em 53 idosos respectivamente. Para a equipe foi um triunfo e possibilitou identificar o grau de controle que tinham na hora e que possuíam geralmente, questionando além, sobre como é o seu controle, serviu de muito para levar em frente a capacitação aos integrantes da ESF em relação aos protocolos existentes na APS para o trabalho na Saúde do Idoso, assim como as atividades de consulta.

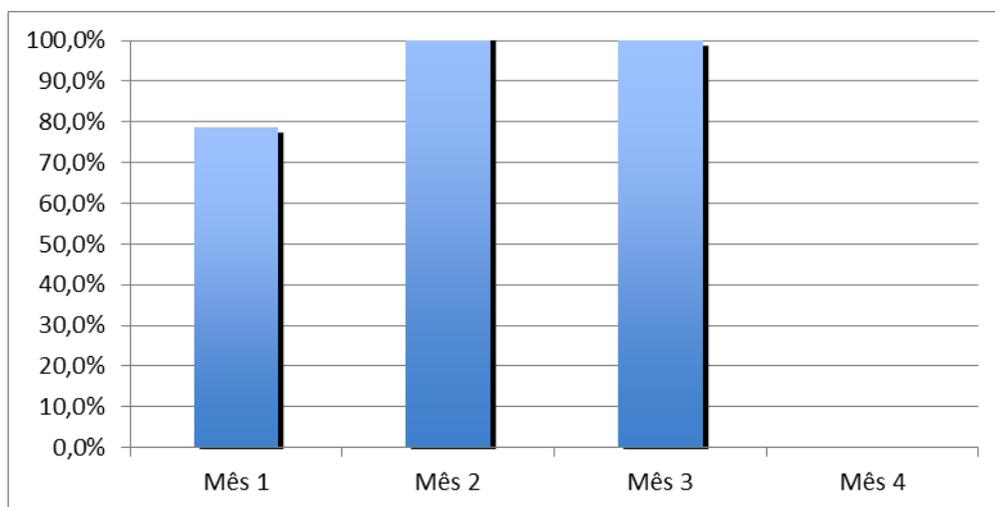


Figura 7 - Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

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

Aqui nesse indicador houve um pouco de dificuldade, produzida pela falta de equipe odontológica, embora fizemos treino na ESF e com apoio do assistente odontológico. Tivemos dificuldades e convocamos uma reunião com a SEMSA, mas

graças aos esforços das duas partes conseguimos levar em frente esse indicador e mais que o indicador, o atendimento aos usuários (idosos neste caso). Iniciamos com 120 (75%), depois mais 60 fazendo assim 180 (82%) e no encerramento do terceiro mês tínhamos atingido 228 idosos (100%). Acho muito importante aqui também ter feito uma boa capacitação aos integrantes da ESF em relação aos protocolos existentes na APS, pois graças a essa ação conseguimos redirecionar a rotina do serviço odontológico de modo que fosse possível cumprir com essa meta desejada.

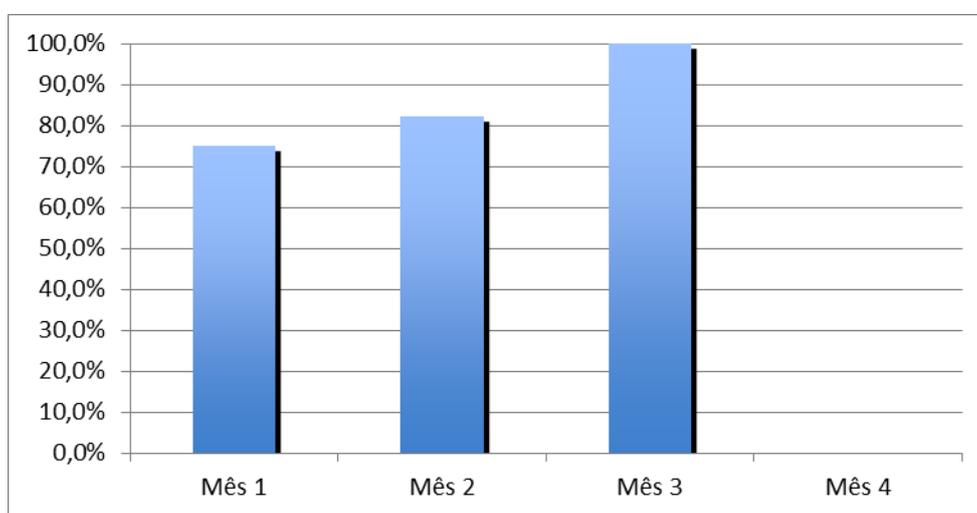


Figura 8 - Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

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

A saúde do idoso não seria integral se não fosse feita a consulta odontológica, contribuindo para a integralidade do cuidado e desmistificar a ideia que muitos têm de que a saúde bucal é algo à parte e separada. Quando começamos a fazer a intervenção, no primeiro mês, só conseguimos programar consulta para 80 dos 160 idosos cadastrados (50%). Como disse acima, no indicador anterior, tivemos dificuldades técnicas para o desenvolvimento desta parte e que foram resolvidas, assim foi que no segundo mês já havíamos aumentado para 67%, alcançando 147 dos 219 idosos cadastrados e, felizmente, fechamos no terceiro mês com os 228 idosos com a primeira consulta odontológica programática, contemplando, então, os 100% para esta meta.

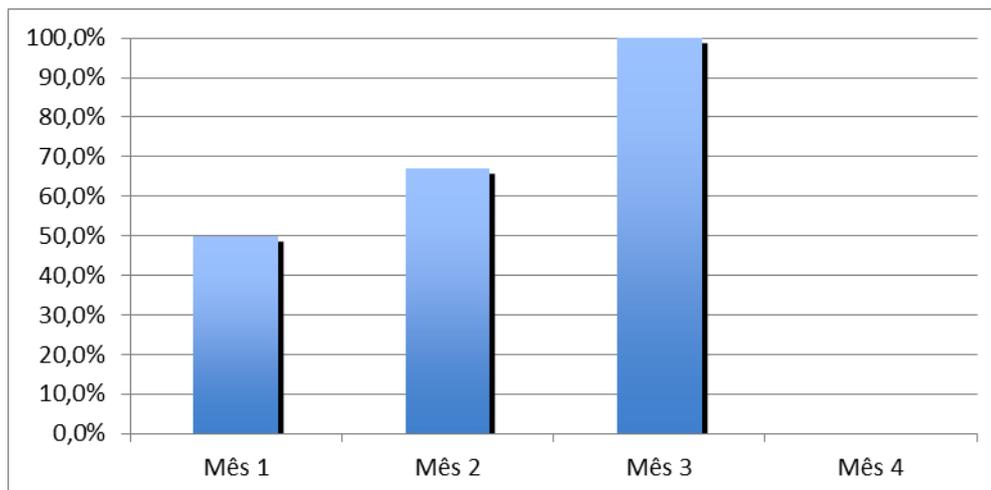


Figura 9 - Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.
Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

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

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

De nada serve planejar, implementar e executar uma intervenção em saúde do idoso e não procurar aqueles que faltam às atividades, pela importância da sistematicidade, pelo acompanhamento na evolução e por muitas outras razões pelas quais está ciente a nossa ESF que desenvolveu uma busca ativa daqueles faltosos. Após iniciar as atividades da intervenção e os alvos (idosos) perceber o importante, o ganho para a sua saúde e a preocupação com eles por parte da nossa ESF, foram-se sensibilizando na necessidade da sistematicidade nas atividades e isso é apreciável, no gráfico. Como foi diminuindo gradativamente aqueles faltosos, no primeiro mês tivemos 55 faltosos (70%), quantidade que caiu para 39 no segundo mês (84%) e nos seguintes trinta dias 26 idosos (100%). Válido dizer, que nessa quantidade estão aqueles com dificuldades para se locomover ou que são acamados. O monitoramento, avaliação e controle periódico das atividades relacionadas à intervenção, assim como o treinamento adequado aos ACS que vão participaram das atividades de procura de faltoso às consultas agendadas. Foi o eixo que ajudou para encerrar essa meta com o 100 % para a busca dos idosos faltosos às consultas programadas, o que contribuiu ao bom desenvolvimento de todos os outros indicadores também.

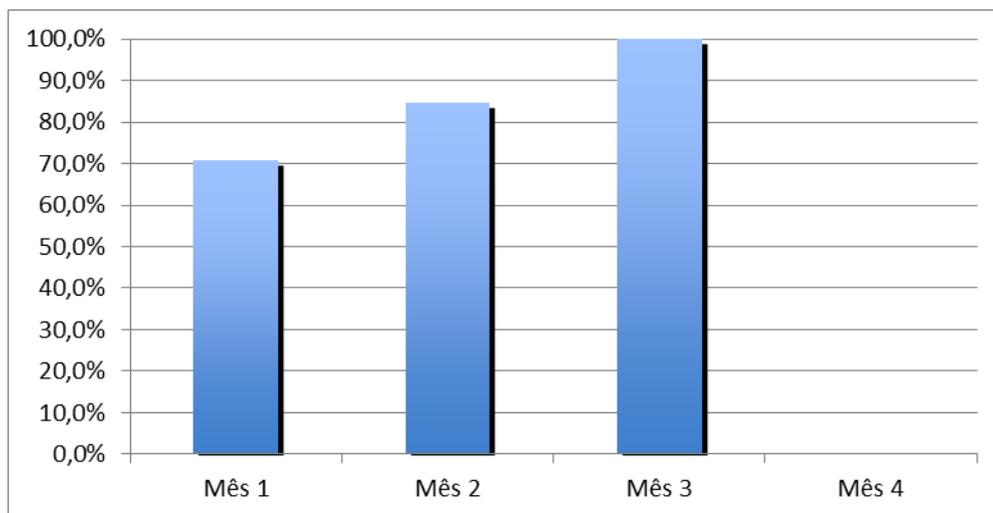


Figura 10 - Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

A ficha espelho é uma ferramenta muito valiosa, daí que a sua confecção e fidelidade em relação às informações é importantíssima. Nesta tarefa, o esforço da ESF na confecção foi muito decisivo, sendo que a sua confecção e preenchimento levou horas de esforço para conseguir qualidade. Aproveitando as consultas programáticas fizemos uma rotina de trabalho que nos permitisse a coleta de todos os dados de uma só vez. Foi assim: no primeiro mês fizemos 55, correspondendo a 34%. Depois, no segundo mês, chegamos a 106, alcançando 48% e fechamos o terceiro mês com os 100 % das FE confeccionadas, correspondendo aos 228 idosos cadastrados. O registro específico feito nos 228 idosos cadastrados, o que significou os 100 % do total foi conseguido pelo empenho e dedicação da ESF, que apoiados na ação de capacitação aos integrantes da ESF em relação aos protocolos existentes na APS para o trabalho na Saúde do Idoso, possibilitou obter os resultados que hoje apresentamos como parte do registro na ficha espelho, sabendo da importância que isso tem para o controle e conhecimento da saúde de cada usuário dessa faixa etária.

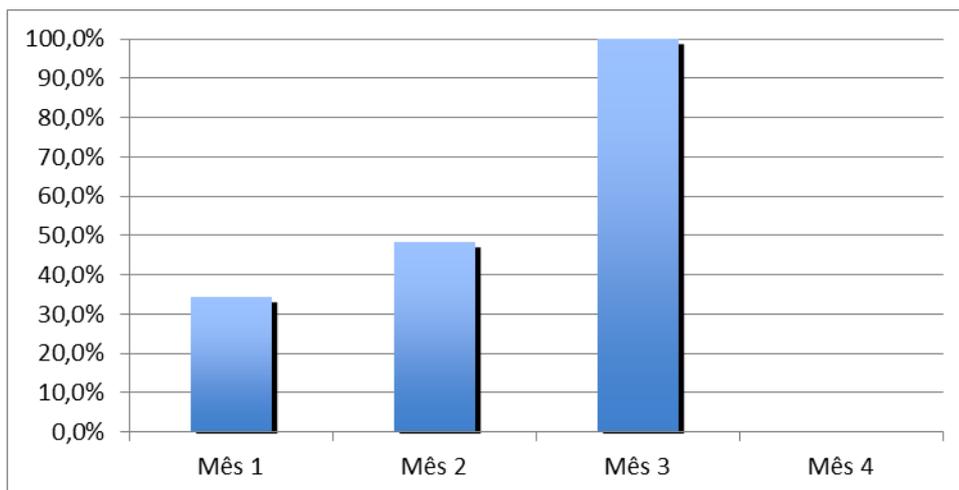


Figura 11 - Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

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

Houve uma boa coesão da ESF toda. Isso possibilitou que tanto nas fichas espelhos (acima explicadas) quanto nas cadernetas do Idoso (que serão explicadas agora) conseguisse fazer os registros com muita qualidade e isso oportunizou, também, coletar e analisar dados. No primeiro mês, conseguimos distribuir cadernetas para 55 dos 160 idosos cadastrados, correspondendo a 34%. Nesse período enfrentamos a falta desse documento na unidade, o que nos levou a buscar a gestão na SEMSA para providenciar essa ferramenta. Já para o segundo mês, conseguimos distribuir cadernetas para 88 dos 219 idosos cadastrados até aquele momento, alcançando proporcionalmente 40% de nossa meta. Finalmente, encerramos o terceiro mês, tendo conseguido distribuir o documento para os 228 idosos cadastrados, com 100% das cadernetas confeccionadas. A distribuição da CSPI aos 100% dos idosos cadastrados assim como o preenchimento com todos os dados nela foi mais uma meta conseguida, embora houve um pequeno atraso nas primeiras semanas pela falta desse documento na unidade, foi resolvido rapidamente e hoje todos os cadastrados no programa possuem a CSPI.

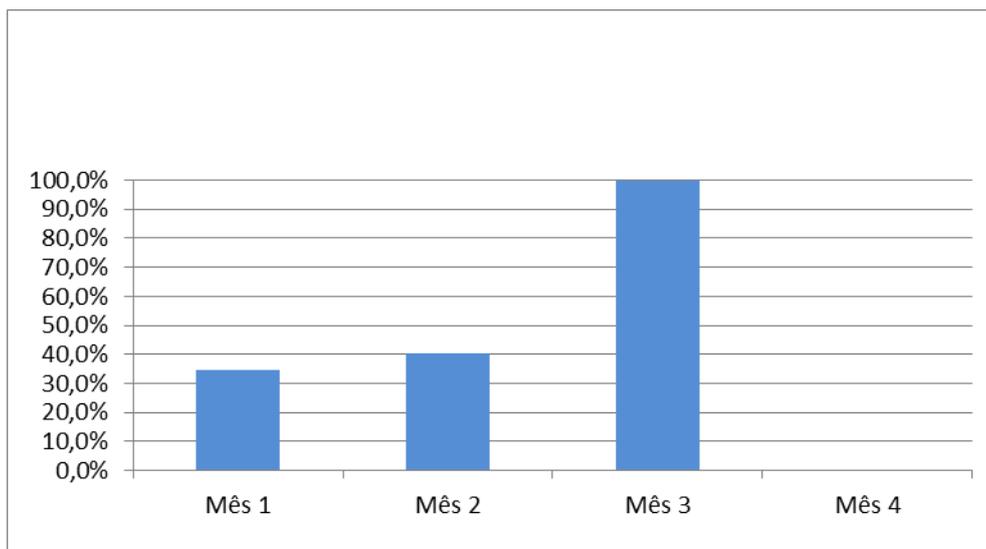


Figura 12 - Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.
Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

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

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

A velhice não é doença, mas com a chegada dela muitas doenças podem aparecer e muitos agravos à saúde podem-se desenvolver. É importante um controle dos riscos para morbimortalidade em dia, o que permite conhecer melhor a realidade da nossa população idosa. Fizemos aos poucos essa avaliação, o que possibilitou ter uma realidade de cada um deles e colocamos no gráfico a evolução desta ação. No primeiro mês a avaliação foi ao 73 % dos 160 cadastrados nesse período, já no mês seguinte houve 70 % já dos 219 idosos de nossos registros e encerramos com 100 % das avaliações aos 228 idosos. Apoiados no trabalho da equipe, dos ACS foi possível fazer o rastreamento. Claro que serviu de muito o treinamento adequado aos ACS que participaram das atividades da intervenção, assim como o atendimento clínico aos idosos em consultas agendadas e atividades encaminhadas ao grupo de idosos. No conjunto, essas ações deram o nível suficiente para que todos os 100 % dos idosos foram avaliados em risco de morbimortalidade.

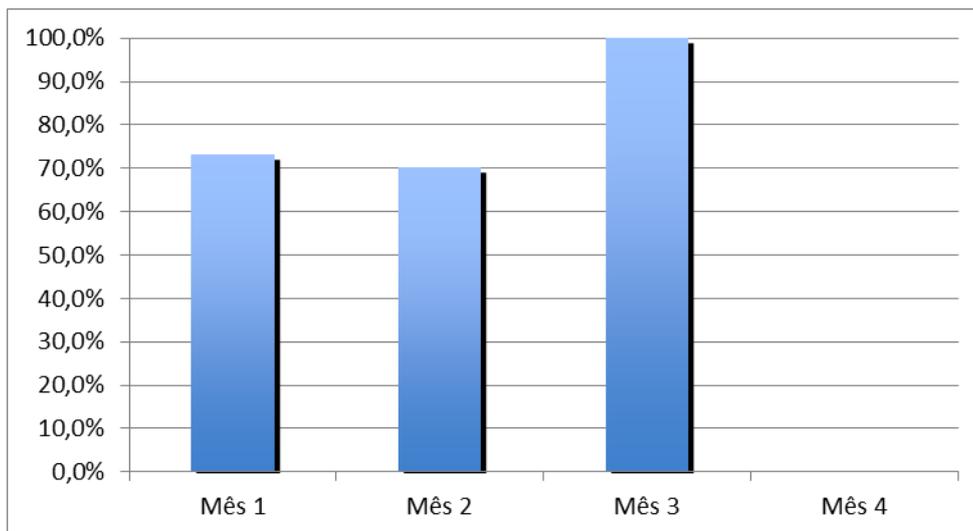


Figura 13 - Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

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

Outro aspecto a ser levado em consideração é a fragilização que acontece na velhice como evento natural. Importante avaliar em cada idoso os riscos e prevenção, a fim de que, seja investigada a fragilização e como meta sempre desejamos atingir aos 100 % dos idosos. Alcançamos os resultados gradativamente. No primeiro mês, alcançamos 127 dos 160 idosos cadastrados naquele momento, correspondendo a 79%. No segundo mês, houve uma pequena queda percentual pois proporcionalmente havíamos aumentado o número de cadastros e chegamos a 167 idosos dos 219 cadastrados (76%). Já no terceiro mês, alcançamos finalmente nossa meta de investigar a fragilização na velhice nos 228 idosos cadastrados, correspondendo a 100% da meta estabelecida. Alcançar os 228 idosos cadastrados permitiu ter um 100 % de investigados, servindo para ESF e para os mesmos alvos a identificação destes indicadores. Válido dizer que foi de muita utilidade as palestras dadas nesse sentido à população idosa da área.

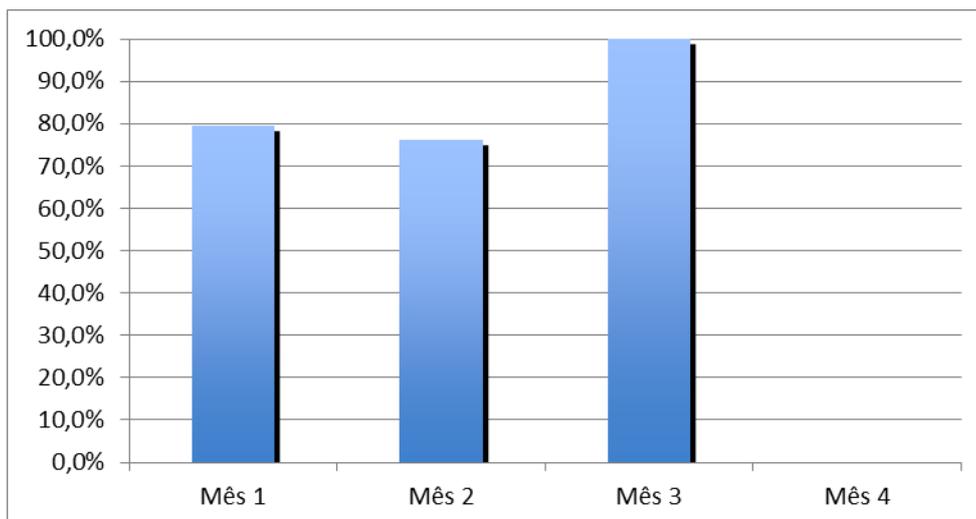


Figura 14 - Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia
Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

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

Aqui neste aspecto que foi tratado na nossa intervenção podemos dizer que conseguimos atingir aos 100 % dos idosos cadastrados, fazendo neles a avaliação de rede social. Meta alcançada aos poucos, aí foi aos poucos como aparece no gráfico. No mês 1 fizemos um 74 % em relação aos 160 cadastros que na época tínhamos. No segundo mês foram 161 (73%), mais tarde no terceiro mês conseguimos os 100 %, dos 228 cadastrados no programa.

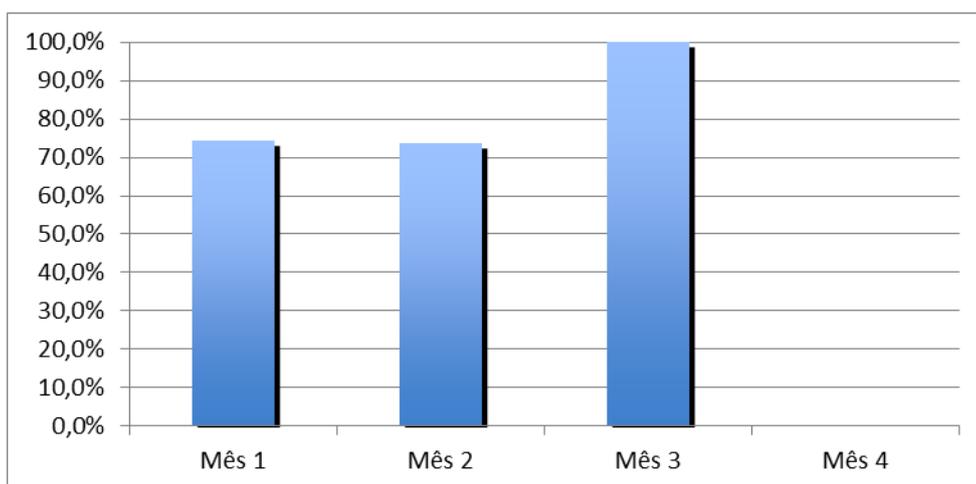


Figura 15 - Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos.

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

Uma nutrição equilibrada, com um aporte balanceado é significativamente importante para o idoso, que precisa manter um equilíbrio entre aportes e necessidades. Foi aqui, quando após nossa intervenção a ESF conseguiu atingir a meta de 228 (100%) dos idosos que receberam orientação nutricional. No primeiro mês 127 (79%) receberam orientação e no segundo mês foram 176 (80%). Válido ressaltar que isso se manteve nos três meses em que fizemos as ações da intervenção. Foi indubitável o êxito, o sucesso que tiveram as atividades de orientação e promoção em saúde desenvolvidas, ações que valorizaram muito nosso trabalho pelo conteúdo tão instrutivo e diversos que tiveram. Dar orientação aos idosos representou, além de ser os 100 % deles, um ponto de junção entre a ESF e o idoso, contribuindo para aumentar a confiança deles na equipe, a credibilidade ao perceber como a gente se importava com eles e não só com os seus remédios e medicações, se não também em como se alimentam e de que jeito, assim como a variabilidade que devem ter.

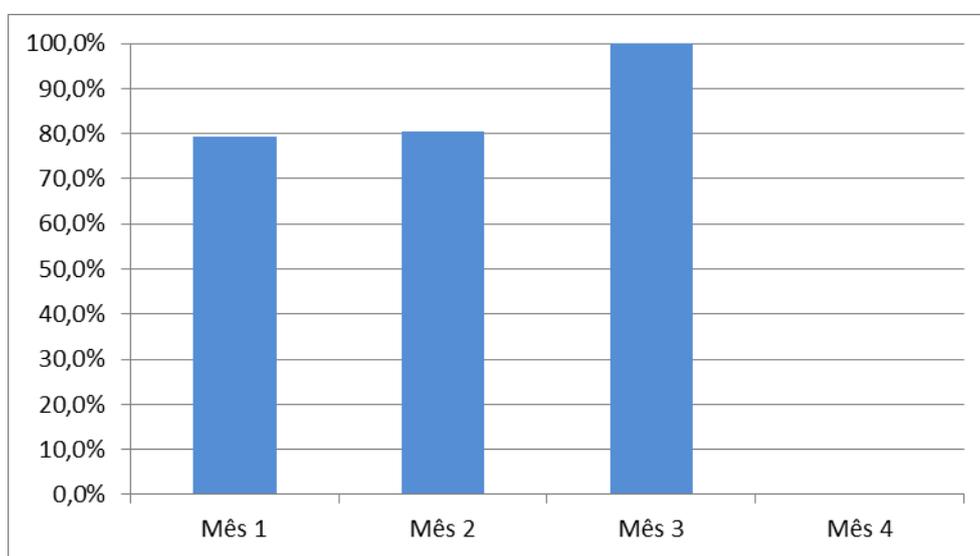


Figura 16 - Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

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

Graças à dedicação da nossa equipe e em colaboração com outros profissionais (educador físico) foi que chegamos aos 100 % dos 228 idosos que receberam orientação sobre a prática de exercício físico. Gradativamente, atingimos o 73 % dos 160 idosos no primeiro mês até chegar aos 100 % dos 228 idosos que temos cadastrados. Participar com os idosos nas atividades de prática de exercícios, além de gratificante e muito divertido, possibilitou um acesso mais perto deles, onde a interação entre todos, incluindo a equipe ultrapassou o simples fato da atividade, ensinamos baseados na prática com eles e conseguimos que a maioria (aqueles que conseguiam ir até a unidade) e os que ficavam em casa por ser acamados ou com problemas de locomoção, garantimos orientação para prática de atividade física aos 228 idosos cadastrados, o que representou o 100 %.

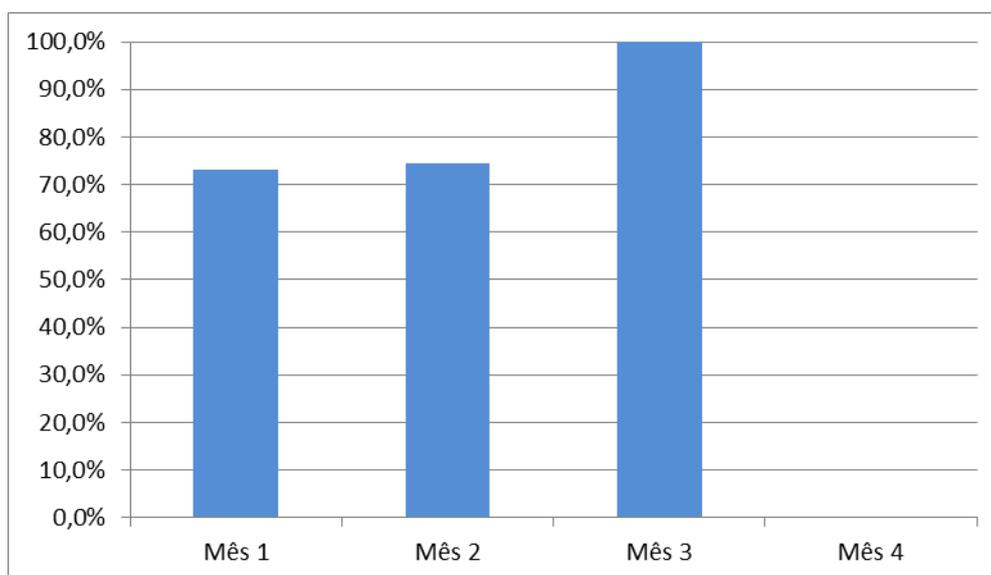


Figura 17 - Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

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

Chegamos ao último indicador que foi analisado. Neste ponto houve um pequeno problema condicionado pela falta de profissional que mais acima foi esclarecido. No entanto, tomamos a iniciativa de desenvolver um treinamento rápido

e simples com os ACS que foi feito pelo técnico de odontologia sobre as diretrizes básicas para manter uma correta e adequada higiene bucal. Assim, espalhamos e instruímos nos idosos deste programa essas informações e possibilitou cumprir com nossa meta estabelecida. No primeiro mês, 61 dos 160 idosos cadastrados receberam tais orientações, correspondendo a 38,1%. No segundo mês, alcançamos 118 dos 219 idosos, ou seja 53,9%. Encerramos o mês 3, felizmente com os 228 idosos com as orientações sobre higiene bucal, alcançando nossa meta de 100%.

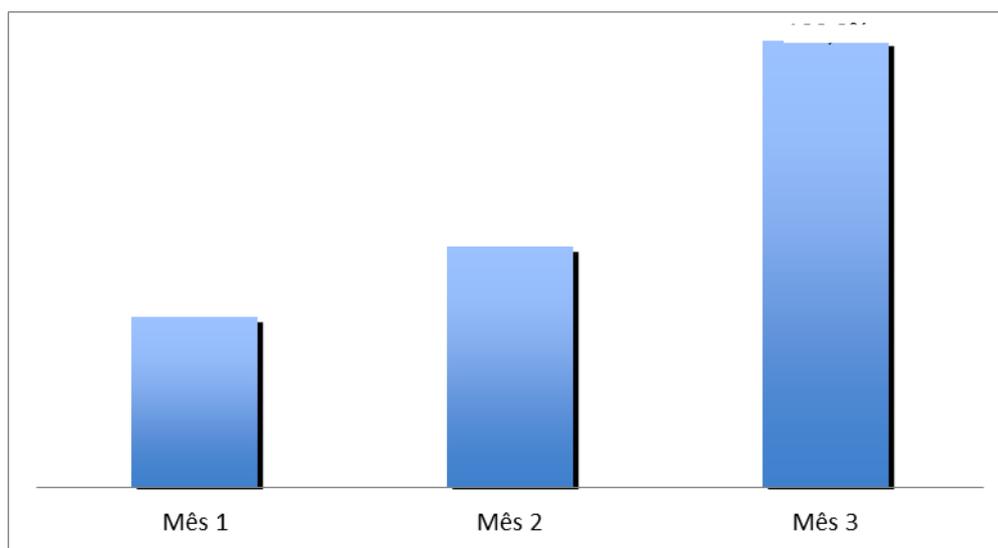


Figura 18 - Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

4.2 Discussão

Considero importante relembrar alguns dos dados da Unidade Básica de Saúde “Conquista II”, na qual foi feita esta intervenção em saúde do idoso. Esta unidade compreende atendimento a 3.500 pessoas, delas, 228 compreendidas como idosos (60 anos e mais). Direcionado para essa população-alvo, foi desenhada a nossa estratégia.

Considero pessoalmente, que com a realização da intervenção, foi possível para a equipe de saúde da família (ESF) estender o atendimento especificamente à população idosa da nossa área de abrangência, trazer à rotina das atividades aos 100 % dos idosos pertencentes à área constituiu um triunfo por várias razões; conseguimos acompanhar todos eles, avaliá-los geral e especificamente, acompanhar a suas doenças crônicas, visitá-los, conhecer a sua realidade,

incorporar neste trabalho os idosos acamados ou com problemas de locomoção, oferecer atividades educativas, atualizar seus documentos e os nossos registros, valorizá-los. Fizemo-los sentir importantes e que nós estamos cuidando da sua saúde.

Com a realização da intervenção, a nossa equipe ficou mais unida, serviu para integrar-nos, dividir responsabilidades e aproveitar o desenvolvimento deste trabalho para capacitar todos em relação aos protocolos de atendimento estabelecidos pelo Ministério da Saúde para a população idosa. Com este aprimoramento em específico da intervenção em saúde do idoso, ficou demonstrado que podemos melhorar outros programas da saúde, pois com a coesão com que trabalhamos todos os membros da equipe, valorizou as responsabilidades de cada um, participamos ativamente das ações e obtivemos bons resultados.

O serviço ficou mais integral após ter desenvolvido esta intervenção, sendo que as atividades feitas possibilitaram a participação de todos os membros da equipe, o que anteriormente só era responsabilidade ou era executado por um ou dois membros da equipe. Com a intervenção, conseguimos dar posse de responsabilidade tanto aos ACS como aos enfermeiros ou técnicos em enfermagem, de conjunto com o médico trabalharam e graças a inter-relação valorizamos o papel de cada um fazendo-os sentir mais úteis, valorizados e comprometidos com o seu trabalho.

A participação comunitária, mediante as lideranças existentes nela, possibilitou um trabalho de conjunto muito proveitoso, envolver a comunidade deu um ganho significativamente importante, eles contribuíram para o sucesso da intervenção sendo os nossos aliados nesta missão, ficaram satisfeitos pelas ações nas quais tiveram participação e junto aos idosos, junto às famílias dos idosos, a comunidade toda sentiu a nossa presença, o nosso objetivo e souberam apoiar no momento certo para que as atividades direcionadas aos idosos tiveram êxito.

A experiência adquirida pela equipe de saúde, a coesão conseguida, a articulação com todos os fatores tanto da comunidade como dos profissionais da saúde que hoje nós temos seria o que faria a diferença se quiséssemos levar em frente a intervenção neste momento. Acredito que nada sucede por acaso e embora a intervenção fosse uma tarefa da especialização, ela possibilitou redefinir o verdadeiro conceito de trabalho em equipe e de inter-relação comunidade e serviços de saúde.

A intervenção na saúde do idoso não acaba por aqui simplesmente após a coleta e processamento dos dados e análise dos indicadores. Vamos incorporar as ações à rotina permanente da unidade, aperfeiçoar o processamento de informações na caderneta do idoso, as atividades educativas que podem ser direcionadas para outras necessidades pontuais que sabemos existem entre a população idosa que contribuam ao melhoramento da sua qualidade de vida.

Os nossos próximos passos em direção ao melhoramento da atenção à saúde no serviço são implementar esta intervenção com as suas ações, fazer troca de experiências com outros médicos que fizeram esta intervenção em saúde do idoso e trocar ideias, propostas de atividades e também de outras intervenções como no caso da saúde do idoso, e da ampliação da cobertura de atendimento ao hipertenso e/ou diabético.

5 Relatório da intervenção para gestores

Com a chegada do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), abriu-se uma porta para aumentar os indicadores em saúde produzida pelo aumento de profissionais médicos que chegaram para ampliar a assistência aos usuários que estavam sem ou com muito pouco. Um dos objetivos deste programa focalizava a realização de uma especialização em saúde da família que compreendia, junto a outros objetivos, a realização de uma intervenção direcionada para um público específico, com a ideia de pesquisar a evolução dos indicadores de saúde no alvo da intervenção, processo sem precedentes em muitas comunidades que haviam recebido profissionais médicos.

Como médico cubano do PMMB e dando continuidade às atividades de ensino e pesquisa as quais realizo dentro do programa, escolhi desenvolver uma estratégia de saúde direcionada à população idosa pertencente à área de abrangência da minha UBS, que contém 228 pessoas com sessenta anos ou mais de idade, visando a possibilidade de melhora na qualidade de vida, após identificar situações potencialmente modificáveis e que pudessem ser avaliadas pelos indicadores.

Exponho aqui alguns resultados alcançados, tendo por base os indicadores utilizados para avaliar a intervenção implementada.

Com relação à cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde, conseguimos alcançar 100 % dos idosos da nossa área de abrangência e pertencentes à unidade de saúde. Considero importante o esforço da equipe toda, com a participação dos ACS.

Foi realizada Avaliação Multidimensional Rápida nos 100 % dos idosos pertencentes ao programa, possibilitando visualizar o que seria possível e factível desenvolver pela unidade a fim de conseguirmos mudar a realidade. Isso permitiu

conhecer o estado de cada um em específico e atualizando os nossos dados, significou um grande passo, pois nela identificamos riscos potencialmente modificáveis.

Ofertamos ainda a realização em dia de exames clínicos a 100% dos idosos. Fundamentalmente, nos idosos com HAS e DM, isso possibilitou conhecer o estado de controle dessas doenças sabendo da influência que elas tem para uma boa saúde, de forma a podermos intervir precocemente. A solicitação, assim como a análise dos resultados dos exames complementares periódicos em dia aos 228 idosos cadastrados foi bem-sucedida, permitindo melhor controle e acompanhamento adequado do estado de saúde.

Foi priorizada a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada. Importante esclarecer aqui os motivos que não nos permitiram chegar aos 100 % dos idosos que precisavam de remédios fazer a prescrição deles para a farmácia popular. Houve um pouco de dificuldade pela resistência, já que os usuários defendem que os medicamentos devem estar disponíveis nas farmácias das unidades (SUS). Em muitos casos os usuários que rejeitaram a proposta de trocar tratamentos que eles tiveram que comprar, pois no SUS são gratuitos e desde que seja controlada a sua doença com aqueles fornecidos pelo SUS nas unidades, querem continuar.

Assistimos ainda a todos os idosos acamados ou com problemas de locomoção por meio das visitas domiciliares. Incluir aos idosos em condição de acamados possibilitou fortalecer o vínculo entre a família e serviços de saúde. Mediante vistas domiciliares da equipe, além de cadastrar aos usuários em questão, foi possível avaliar a realidade pontual de cada identificando outros problemas que seria impossível saber caso não fossemos até as casas. A conversa diretamente permitiu individualizar o atendimento e fortalecer conhecimentos em relação às doenças sofridas. Identificamos também necessidades pontuais que podem ser resolvidas mediante a solicitação de cadeiras de rodas, andadores, muletas ou até mesmo leitos. Todas as necessidades identificadas estão sendo encaminhadas com os seus argumentos à gestão municipal.

Realizamos ainda o rastreamento para hipertensão dos idosos. Tivemos o extremo cuidado de aferir pressão em todos os idosos na atividade de consulta, tendo assim uma realidade após fazer esse procedimento nos 228 idosos cadastrados no programa. Do mesmo modo, foi aferida a glicemia capilar,

fundamentalmente em aqueles idosos que já tinham a condição de hipertensos. Dessa forma, conseguimos identificar a concomitância destas duas doenças e como devíamos proceder para o seu acompanhamento.

No escopo de ações realizadas tivemos a avaliação da necessidade de atendimento odontológico e a tentativa de garantir a consulta odontológica programática. Tratando a avaliação odontológica como parte dos cuidados integrais à saúde do idoso, até porque não podemos analisar por separado esse indicador, foi que avaliamos ele nos 100 % dos idosos cadastrados no programa. Ao início das atividades houve uma dificuldade que atrapalhou o desenvolvimento desta ação mas que não impediu que depois não conseguíssemos alcançar a meta desejada. A falta de equipe levou a solicitar reunião com a hipóteses de remanejar o atendimento para outro unidade por outro dentista, mas felizmente foi resolvida essa questão, o que permitiu seguir como planejado pela equipe e conseguimos cumprir esta importante meta de qualidade.

Realizamos ainda a busca ativa dos faltosos às consultas. Foi essencial a atuação dos ACS nesse quesito. Obtivemos 100% de êxito nesta ação, contribuindo para que todos fossem contemplados pelas ações propostas pela intervenção.

Importante ressaltar que mantemos todos os registros atualizados e conseguimos ofertar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a todos os idosos acompanhados pela unidade. Quando começarmos as atividades, houve falta de cadernetas da pessoa idosa, mas que foi resolvido após contatos com os responsáveis da área técnica da saúde do idoso da SEMSA. Avaliamos todos os idosos para risco de morbimortalidade.

Todos os idosos foram contemplados com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, sobre prática regular de atividade física sobre higiene bucal. Tivemos nessas ações o importante engajamento dos profissionais nutricionista e educador físico. Uma vez resolvida a situação da equipe odontológica, juntaram-se à intervenção realizada, o que foi significativo para contribuir para que pudéssemos ofertar um cuidado integral em saúde aos 228 idosos da nossa área de abrangência.

Os desafios foram muitos e nem tudo ocorreu perfeitamente. No entanto, obtivemos de forma geral, excelentes resultados, através de uma equipe coesa e comprometida com o desejo de trabalhar e na busca de soluções, bem como o apoio da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), que tornou possível concretizarmos a implementação do projeto.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Como parte das atividades em saúde básica, da nossa unidade e vinculado à especialização em saúde da família e comunidade; a equipe de saúde desenvolveu um conjunto de ações e atividades, realizando um trabalho de intervenção direcionado à saúde do idoso.

Durante vários meses estivemos desenvolvendo uma série de ações, atividades, nas quais estiveram envolvidos os membros da comunidade, da equipe de saúde e claro, o alvo de nosso projeto, os idosos. Durante meses viemos preparando o território para estender e fortalecer o atendimento à população de sessenta anos e mais da nossa área de abrangência, que na atualidade está contabilizada em 219 idosos.

Foram distribuídas as responsabilidades pelas atividades e realizamos ações de saúde buscando a melhoria da qualidade no atendimento à saúde dos idosos na unidade básica de saúde Conquista II.

Com a efetuação das ações foi que conseguimos estender a cobertura deste programa aos 100 % dos idosos da área de abrangência que são agora cadastrados e acompanhados pelo programa. Foram muitas ações buscando melhorar a qualidade dos serviços ofertados, sendo que realizamos avaliação clínica, solicitamos exames complementares aos que sofrem de HAS e DM, foi importante conhecer quantos sofrem destas doenças para assim poder dar atendimento consequente na sua doença, controle delas e prescrição de remédios.

Nosso trabalho compreendeu também aos idosos com dificuldades de locomoção e/ou acamados, permitindo estreitar assim o vínculo entre a família e unidade de saúde, mediante visitas domiciliares levando até eles qualidade de atendimento e acompanhamento regular a todos os foram identificados, cadastrados e que são acompanhados pela nossa ESF.

Buscamos identificar todos os idosos que sofrem de hipertensão e, também, aqueles portadores de diabetes. Com isso, foi possível direcionar melhor a realização de atividades de prevenção e promoção da saúde, seja com esses ou outros temas importantes para manter uma boa saúde e boa qualidade de vida.

O atendimento odontológico e planificação da primeira consulta foram levados em consideração e embora houve dificuldades no começo pela falta de equipe odontológica, mas conseguimos vencer esse desafio e agendar, efetivar e orientar em assuntos da saúde bucal para todos os idosos cadastrados.

Importante ressaltar o trabalho essencial feito pelos agentes comunitários de saúde, cadastrando, registrando, visitando e buscando os faltosos às consultas. Sem esse trabalho, não teríamos conseguidos os bons resultados que tivemos.

Falamos sobre a importância da prevenção dos riscos de acidentes e fizemos orientações sobre hábitos nutricionais. Válido dizer que aconteceram ações de promoção de saúde em algumas vezes com convidados, que trabalham com saúde dos idosos, que puderam oferecer palestras para eles, a exemplo de geriatras, nutricionistas e educadores físicos.

Com muito êxito finalizamos as ações, os indicadores obtidos vão servir para melhorar ainda mais a qualidade no atendimento para os nossos velhinhos, que expressam muita juventude e desejos de viver mais e melhor.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Uma das escolhas da minha vida foi ter vindo para o Brasil. Isso me trouxe muitas vantagens em distintos aspectos da vida. Desenvolver-me num meio completamente distinto ao que estava acostumado, me adaptar à realidade de uma sociedade diferente que na sua identidade cultural é muito parecida à minha, tem produzido pontos de convergência e também de divergência, mas que tem em curto período de tempo me feito evoluir para uma pessoa mais humana, mais sensível e mais forte.

Inserir-me na saúde pública do Brasil, na posição de médico, atendendo numa população carente, fez com que despertasse meu interesse pela origem daqueles identificados como os seus padrões de saúde, das principais doenças e os grupos vulneráveis. Uma realidade que abrange a pluralidade de causas e efeitos que seriam impossíveis descrever sem esquecer, só quero lembrar de uma: tratamento de qualidade, valorizando a saúde do próximo como a minha própria; desde essa ótica direcionei o trabalho que focalizou a saúde integral da população idosa.

O curso de especialização possibilitou a troca de ideias com colegas de outras partes do mundo, pessoas que enxergam a realidade de muitas formas, mas que convergem num mesmo ponto: atenção integral e de qualidade, para o indivíduo e a sua família. Quando no começo foram permitidas nossas escolhas dos focos da intervenção, sempre tive a clareza e determinação pela saúde do idoso. Vejo-os com muita sensibilidade acerca da realidade em que tem vivido, sofrido, aprendido e seguido em frente. Pessoas que necessitam muito amor, pois suas vidas são fonte inesgotável de conhecimento para futuras gerações. Que seria de nosso futuro se hoje no presente não cuidar e não ensinar os cuidados aos idosos.

Particularmente, sinto-me feliz, ao expressar minhas considerações numa troca de ideias, num processo de trabalho e pesquisa, na constante atualização dos conhecimentos médicos, o intercâmbio com médicos daqui e de lá foram maravilhosos. Experiência que sempre terei como inesquecíveis, já que me tornou uma pessoa melhor do que sou e do que fui.

Acho que ainda poderíamos aprender mais, pesquisar mais, humanizar mais nosso trabalho, para além das estatísticas e do momento da consulta. Aproveitar cada espaço da atenção médica para valorizar a pessoa como um ser biopsicossocial e não um indicador.

Gostaria que muitos sistemas de saúde como este do Brasil tivessem a coragem de propor um curso de especialização como este. Dessa forma, conheceriam melhor, pelas suas próprias vivências, a verdade da saúde da família e da comunidade.

Referências

BRASIL. Lei nº 8842, de 4 janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o CNI e outras providências. DOU, PE, Brasília DF, 05 janeiro 1994.

LIMA-COSTA, M. E. Epidemiologia do envelhecimento no Brasil. In: Rouquayrol, M. Z.; Almeida Filho, N. de. Epidemiologia & Saúde. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. 728 p., Cap. 16, p. 499-513.

Ministério da Saúde. Sec. Exec.. Núcleo Técnico de PNH, Brasília, DF, 2004. Ministério da Saúde. Port nº 2528, de 19 de outubro de 2006. Aprova Política de Saúde da Pessoa Idosa. DOU, PE, Brasília, DF, 20 outubro 2006;

MATOS, D. L.; LIMA-COSTA, M. L. Tendência na utilização de serviços odontológicos entre idosos brasileiros e fatores associados: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998 e 2003). Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2740-2748, nov. 2007.

RAMOS, L. R. Epidemiologia do envelhecimento. In: FREITAS, M. N. et al. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2002. 1155 p. Cap. 7, p. 72-78.

SIQUEIRA, R. L. de; BOTELHO, M. I. V.; COELHO, F. M. G. A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. Ciência & Saúde Coletiva, São Paulo, v. 7, n. 4, p. 899-906, maio 2002.

ZIEMERMAN, G. I. Aspectos físicos, psicológicos e sociais do envelhecimento. In: _____. Velhice: aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000a. 228 p. Cap. 2, p.21-25.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The uses of Epidemiology in the study of the elderly. Geneva: WHO, 1984. Technical Report Series 706 p. <<http://pt.slideshare.net/Helena13dias/modelos-de-interveno>>

<<http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/05/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>>

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

A	B	C	D	P	Q	R	S	T	U	V	W
Indicadores de Saúde do Idoso - Mês 2											
Dados para coleta	Número do idoso	Nome do idoso	O idoso foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O idoso teve primeira consulta odontológica programática?	O idoso faltou à consulta programada?	O idoso que faltou à consulta recebeu busca ativa?	O idoso está com o registro na ficha espelho em dia?	O idoso tem a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa?	O idoso está com avaliação de risco para morbimortalidade em dia?	O idoso está com avaliação para fragilização na velhice em dia?	O idoso está com avaliação de rede social em dia?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de idosos cadastrados	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	1		0								
	2		0								
	3		0								
	4		0								
	5		0								

Anexo C

- Ficha espelho

