

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



Trabalho de Conclusão de Curso

**Qualificação da Atenção à Saúde do Idoso na UBS Pinhal da Serra,
Pinhal da Serra/RS.**

Yoel Quesada Gago.

Pelotas, 2015

Yoel Quesada Gago

**Qualificação da Atenção à Saúde do Idoso na UBS Pinhal da Serra,
Pinhal da Serra/RS.**

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

Orientadora: Dayana Kelly Silva Oliveira

Pelotas, 2015

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

G136q Gago, Yoel Quesada

Qualificação da Atenção à Saúde do Idoso na UBS Pinhal da Serra, Pinhal da Serra/RS / Yoel Quesada Gago; Dayana Kelly Silva Oliveira, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

89 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. Oliveira, Dayana Kelly Silva, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

À todos os idosos do mundo.

Agradecimentos

À meu esforço pessoal, à minha orientadora por ajuda incondicional e à todos aqueles que ficaram envolvidos no desenvolvimento do trabalho.

Resumo

Quesada Gago, Yoel. **Qualificação da Atenção à Saúde do Idoso na UBS Pinhal da Serra, RS. 2015. 89f.** 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.

Nosso município tem uma população de 2418 usuários e na faixa etária com mais de 60 temos 435 pessoas. A intervenção teve como objetivo geral, qualificar a atenção à saúde dos idosos na UBS Pinhal da Serra, tendo em conta o perfil epidemiológico da população idosa que é caracterizado por predomínio das condições crônicas e elevada prevalência de mortalidade e morbidade por condições agudas decorrentes de causas externas. Para guiar o cuidado deste grupo etário foi adotado o protocolo do Ministério da Saúde, Atenção à saúde do Idosa e Envelhecimento. Para a coleta de dados foram utilizadas ficha espelho específica, bem como planilhas eletrônicas. A intervenção teve uma duração de 12 semanas, de abril a julho de 2015, onde do início foram desenvolvidas ações de saúde que fizeram possível obter resultados positivos em relação aos anteriores existentes na unidade de saúde. No eixo monitoramento e avaliação foi possível monitorar a situação de saúde de 403 idosos cadastrados, atingindo 92,6% deles, resultado este que cumpriu a meta estabelecida. Foram realizados cadastramento e acompanhamento deste grupo, exame clínico apropriado, avaliação multidimensional rápida, prescrição de medicamentos da farmácia popular, avaliação da necessidade de atendimento odontológico, avaliação de risco para morbimortalidade, para fragilização na velhice, recebendo orientações nutricionais para hábitos saudáveis e prática de atividade física. O registro na caderneta da pessoa idosa foi 100% e para avaliação odontológica 28,5%, ficando baixo da meta inicial. Além disso, foram realizados e organizados por meio de uma agenda todos os idosos que faltavam a consultas, orientando-se a busca deles pelos ACS. No eixo engajamento público foi possível trabalhar a sensibilização da comunidade, bem como os familiares sobre a importância de a equipe estar desenvolvendo este trabalho de priorização no cuidado para os idosos, através dos grupos de educação em saúde na comunidade. No eixo da qualificação da prática clínica foi possível capacitar todos os profissionais da equipe como base o protocolo de Saúde do Idoso do Ministério da Saúde. Conclui-se que a intervenção foi avaliada como positiva, pois conseguimos uma ótima meta de cobertura da atenção à saúde do idoso, assim como a mesma será integrada a rotina diária do nosso trabalho, visando nos próximos meses atingir todos os indicadores de qualidade a 100%. Desta forma, acredito que contribuiu para melhoria da qualidade na atenção à saúde dos idosos e também favoreceu estabelecer vínculos entre a equipe e a comunidade.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.	52
Figura 2	Gráfico: Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.	53
Figura 3	Gráfico: Proporção de idosos com exame clínico apropriados em dia	54
Figura 4	Gráfico: Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia	55
Figura 5	Gráfico: Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da farmácia popular	56
Figura 6	Gráfico: Proporções de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta	58
Figura 7	Gráfico: Proporções de idosos hipertensos rastreados para diabetes	59
Figura 8	Gráfico: Proporções de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	61
Figura 9	Gráfico: Proporções de idosos com primeira consulta odontológica programática	62
Figura 10	Gráfico: Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa	63
Figura 11	Gráfico: Proporção de idosos com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia	64
Figura 12	Gráfico: Proporções de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia	65
Figura 13	Gráfico: Proporções de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia	66
Figura 14	Gráfico: Proporção de idosos com avaliação de rede social ao dia	67
Figura 15	Gráfico: Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis	68
Figura 16	Gráfico: Proporção de idosos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular	69
Figura 17	Gráfico: Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal.	71

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACPIM	Agentes Comunitários do Programa de Infância Melhor
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
DM	Diabetes Mellitus
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica.
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família.

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	15
2 Análise Estratégica.....	16
2.1 Justificativa	16
2.2 Objetivos e metas.....	18
2.2.1 Objetivo geral.....	18
2.2.2 Objetivos específicos e metas	18
2.3 Metodologia.....	19
2.3.1 Detalhamento das ações	20
2.3.2 Indicadores	40
2.3.3 Logística.....	45
2.3.4 Cronograma	48
3 Relatório da Intervenção.....	49
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	49
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	51
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	52
4 Avaliação da intervenção.....	53
4.1 Resultados	53
4.2 Discussão.....	71
5. Relatório da Intervenção para gestores.....	
6. Relatório da Intervenção para a comunidade.....	77
7. Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	80
Referências	82
Anexos	83

Apresentação

O presente trabalho refere-se ao trabalho de conclusão de curso e é parte das atividades desenvolvidas no curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade à distância, através da Universidade Aberta do SUS e Universidade Federal de Pelotas. Teve como objetivo qualificar a atenção à saúde dos idosos na UBS Pinhal da Serra em Pinhal da Serra/RS.

Este volume abrange no capítulo um, o relatório da análise situacional, com a descrição dos principais problemas encontrados na UBS; assim como o funcionamento da mesma na sua rotina de trabalhos. No capítulo dois é apresentado o projeto de intervenção, que corresponde à análise estratégica, apontando a justificativa desta intervenção dentro da unidade e no contexto da atual situação dos idosos e elaboramos metas para que o principal objetivo fosse alcançado. No terceiro capítulo é apresentado o relatório da intervenção e assim chegamos ao quarto capítulo com os resultados e discussão; o quinto e sexto capítulos incluem o relatório de intervenção para o gestor e comunidade, respectivamente. Por fim, temos a reflexão crítica do processo de aprendizagem.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS.

Tendo em conta que Brasil é um dos países de maior população do mundo, além de ter programas de saúde em desenvolvimento, nos têm como expectativas de oferecer um serviço de melhor qualidade possível dia a dia à população brasileira. Para isso, precisamos desenvolver novas estratégias de saúde, tais como a prevenção de doenças, modificar estilos e modos de vida nas comunidades, motivo pelo qual foram criadas as unidades básica de saúde da família (UBSF) e a estratégia de saúde da família (ESF). A unidade está composta por áreas que trabalham de forma individual e coletiva, aqui temos a recepção, farmácia, sala vacina, amostra de coletas, odontologia, psicologia, todos em função da saúde da população.

Nosso município é de tamanho pequeno com 2.418 pessoas como população total situado na quinta coordenadoria e décima quarta região, no Rio Grande do Sul. Aqui as atividades laborais mais comuns são agricultura e pecuária. O município tem limites a Esmeralda e Anita Garibaldi, tendo uma população com grupo etário maior de 60 anos de 435 idosos.

Nossa equipe de saúde tem uma boa organização e é composta por um médico clínico geral, uma psicóloga, uma fisioterapeuta, uma fonoaudióloga, uma dentista, um técnico de higiene bucal e uma enfermeira, os quais trabalham em equipe nas comunidades junto com os agentes comunitários que encaminham bem direitinho as visitas domiciliares. Além disso, contamos com as consultas de pediatria e ginecologia uma vez por semana, e também em nossa UBSF temos consulta especializadas de cardiologia e ultrassonografia a cada 15 dias. Ademais de ter pessoal da administração, informática encarregados de levar estatísticas e os dados da UBS.

No particular, meu trabalho tem uma carga horário de 40 horas semanais, 16 de consultas, seis de visita domiciliar, quatro horas semanal para as palestras aos

grupos de idosos com doenças crônicas como HAS e DM, quatro horas de palestra com ACPIM, duas horas de reunião e oito horas de estudo por semana, o qual é feito pela internet com diálogo direto com nossa orientadora.

Nosso serviço trabalha focalizado nas ações de saúde de prevenção, desenvolvendo essa medicina voltada à atenção primária de saúde (APS), oferecendo palestras a diferentes grupos de risco, tais como os obesos, usuários com doenças crônicas como hipertensão e diabéticos, as gestantes, saúde dos adolescentes. Além disso faz-se o acompanhamento às mulheres risco pré-concepcional que são acompanhadas e monitoradas pelos ACS e pela enfermeira. Estas ações são desenvolvidas no mesmo município Pinhal da Serra e algumas comunidades do interior como Serras dos Gregório e Assentamento.

Nossa UBS conta com toda a estrutura necessária para um atendimento de qualidade, sempre faltando detalhes para um ótimo serviço. É desenvolvido um cadastro atualizado do cartão nacional do SUS com o registro feito de quase todos os usuários moradores do município. Além do serviço médico, existem outros programas como a imunização a qual mantém o calendário de vacinação atualizada, rede cegonha que garante os atendimentos das grávidas e as crianças. Outras atividades que realizamos são pesquisas ativa na procura de grávida, assim como alguma criança que não tenha cadastrada no programa para atualizar o mesmo e desenvolver os cronogramas de consultas programadas. Além disso, é feito o acompanhamento mensal da população através dos ACS, fazendo um relatório das visitas realizadas e enviando ao ministério de saúde. Também são desenvolvidas campanhas preventivas de câncer do colo do útero, de mama e próstata, realizando sempre um rastreamento das doenças mais comuns que possam fazer danos à saúde do indivíduo.

As principais doenças em nossa comunidade hoje são as respiratórias, tratando-se de um clima frio que favorece o desenvolvimento das mesmas, além de muitos usuários sofrerem de transtornos do metabolismo dos lipídeos, assim como perturbação do sono e depressão, DM e as cardiovasculares como HAS. Nossa população tem um predomínio de pessoas idosas que apresentam este tipo de doença tanto que nosso atendimento na UBS fica encaminhado a promover e prevenir todos os fatores de riscos que possam causar o desenvolvimento delas.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O relatório da Análise Situacional auxilia aos profissionais da saúde a conhecer a população e o território onde é desenvolvido seu trabalho para posterior planejamento das ações que visam a melhoria de qualidade de vida das comunidades.

Pinhal da Serra, nosso município, é pequeno tendo 2.418 habitantes, os quais recebem atendimento em nossa UBS constituída por uma ESF. A cidade não tem disponibilidade de NASF, tem disponibilidade de CEO, além disso nosso serviço conta com atenção especializada de pediatria, ginecologia, ultrassonografia, cardiologia e médicos gerais. Não temos disponibilidade hospitalar, caso precise de atenção especializada a outro nível que não esteja disponível, o usuário é encaminhado para outros hospitais. Não existe no município, laboratório para realizar exames complementares, as coletas são feitas na nossa UBS e analisadas em outra UBS que fica pertinho do nosso município.

A UBS fica na área urbana, mas atende a comunidades rurais e é constituída por uma equipe de saúde com modelo de ESF, a qual tem um vínculo direto com o SUS, onde podemos encaminhar os usuários ao segundo nível quando seus problemas não podem ser resolvidos em nossa instituição. Também tem vínculo com as instituições de ensino. Nossa equipe de saúde conta com um médico geral, uma enfermeira, um ACS por cada micro área, um técnico de enfermagem, técnico de higiene bucal e um dentista. Existem duas salas de odontologia que ficam dentro da UBS e outra que fica no ônibus de saúde para oferecer atendimento odontológico às comunidades no interior; temos uma sala de vacina com condições boas, uma farmácia que fica dentro da UBS em local adequado de bom tamanho, além de ter uma sala pequena onde se realiza curativos e outros procedimentos médicos. Não temos sala de nebulizações as quais se realizam na sala de observação que é bem pequena, lugar onde ficam todos os usuários (usuários observados, aqueles com doenças respiratórias e emergências ao mesmo tempo). Uma estratégia boa, seria desenvolver no futuro a construção de salas independentes de bom tamanho para estes tipos de atendimentos. A sala de lavagem e descontaminação fica separada da sala esterilização, não temos sala de reuniões, as mesmas são desenvolvidas no salão da prefeitura. A sala de recepções é de mediano tamanho que deveria ser maior para guardar arquivos e registros que precisam se ter. Não tem sanitários para

deficientes, o depósito de resíduos sólidos tem abrigo, todo o ambiente tem janelas, as paredes todas são laváveis, assim como os pisos que são de superfície lisa.

A população mora uma parte na cidade e outra mora no interior com um total de 12 comunidades no interior, tendo população masculina de 1.283 e feminino de 1.135; número de crianças e adolescentes: 29 de 1 - 4 anos, 110 de 5 - 6 anos, 50 de 7 - 9 anos, 84 de 10 - 14 anos, 188 de 15 - 19 anos; adultos jovens: 206 de 20 - 39 anos, 315 de 40 - 49 anos, 134 de 50 - 59 anos; idosos: 435, predominando com maior número. Nosso município dispõe de escola, igrejas de diversas religiões e centros comunitários. Os usuários assistem a consulta por demanda espontânea e agendadas onde são atendidos no dia. O povo acolhe muito bem porque todos são atendidos no dia, as vezes tem muita demanda, mas ninguém fica sem atendimento. A equipe sempre busca ouvir necessidades da população o que eles gostariam para o melhor atendimento e é comunicado na rádio os dias de consultas, dias da visita domiciliar, além de ter placas na UBS para que o povo olhe e fique informados.

Em relação a saúde da criança temos 189 crianças com faixa etária de zero a 72 meses de idade, deles 29 são menores de um ano, 19 são femininas e 10 masculinos. Não tem crianças fora de área, o atendimento das consultas em recém-nascidos é feito nos primeiros 7 dias de vida por pediatra contratado, daí começa a programação das consultas de puericultura que estão estruturadas de forma programática pelos protocolos que é feita só em um turno, uma vez só na semana. Não contamos com registro específico, onde ficaram as crianças menores de um ano que levam ao monitoramento regular destas ações que são acompanhadas em nossa UBS. As crianças são citadas pelas agentes comunitários de saúde e logo após a primeira consulta seria agendada a próxima consulta. Para auxiliar e superar a falta ou atraso às consultas é bom levar um registro para conhecer as dificuldades ou justificativas da ausência a consulta, o qual não existe em nosso serviço. Estas crianças, mesmo sem ter começado a primeira consulta na UBS, é feito sempre o teste do pezinho, é realizado o programa de vacinação em tempo certo; nas consultas médicas, as mães são orientadas sobre a importância do aleitamento materno exclusivo até 6 meses de idade, se explicam as vantagens para o filho e para ela, além de orientar sobre os cuidados recém-nascido, fazendo ênfase na prevenção de acidentes no domicílio; o grande valor que tem assistir a todas consultas de puericultura que devem ser feitas pela programação de um cronograma agendado com acompanhamento do pediatra da área. Quanto ao monitoramento e planejamento

bem certo, acho muito importante ter um registro de crianças menores de um ano, assim como interagir de forma mais direta nos médicos gerais e dentista com as crianças no primeiro ano de vida, oferecendo atendimento de puericultura e saúde bucal a essa idade, já que na nossa UBS, os médicos gerais não fazem este tipo de atendimentos. Outra boa sugestão, é visitar com mais frequência os domicílios dos menores de um ano junto com ESF para poder avaliar de forma integral e contínua o desenvolvimento físico, psíquico e intelectual desse grupo etário.

Na atenção pré-natal temos 15 gestantes que fazem pré-natal na UBS onde são agendadas suas consultas em dia de 100% delas pelo calendário e protocolo do Ministério, onde são orientadas para um bom aleitamento materno exclusivo, são avaliadas o risco de cada uma delas. Algumas não são avaliadas a saúde bucal já que não assistem às consultas programáticas. Realizam exames laboratoriais nos três trimestres da gestação encaminhados em nossa UBS e também tem seguimento com sulfato ferroso e controle das vacinas de hepatites e antitetânicas. Existe um registro e arquivos das consultas feitas e programadas. Uma boa estratégia é tentar conseguir uma assistência mais contínua e periódica das gestantes às consultas de odontologia. Nossa ESF tem um grupo de gestantes que funciona uma vez ao mês, onde recebem informações, orientações sobre a gravidez e futuro desenvolvimento do parto, além de esclarecer suas dúvidas.

Enquanto o câncer de mama e colo uterino, o preventivo é feito em nossa UBS e o exame cito patológico de câncer de colo uterino registrado nos prontuários. Não existem arquivos específicos dos exames cito patológico que chegam alterados. Tem um total de 400 mulheres em idade de 25 a 64 anos com avaliação do risco de câncer de colo uterino, tem 230, representando 68% do total, que considero baixo. Acredito ser necessário ter monitoramento das mulheres com idades de 50 a 69 anos com avaliação do risco de câncer de mama com seguimento pela UBS. Não existe arquivo com as mulheres que realizam mamografia porque elas fazem espontaneamente quando querem ou quando solicitam. A orientação é feita na consulta médica e pelos ACS.

Na UBS existe um grupo de hipertensos, diabéticos e obesos. Existe o controle das pessoas com mais de 20 anos que tem hipertensão com um total de 424 que representa 89% em nossa ESF. Avaliado pelo risco cardiovascular são 15, totalizando 4%, que é muito baixo e 402 tem feito exames periódicos, representando 95%; orientados para uma alimentação saudável e para realizar exercícios físicos

regulares 100% deles. A avaliação da saúde bucal é feita só quando precisam. Os diabéticos com 20 anos ou mais são 95, representando 70%. Onde eu trabalho, 92% tem avaliação do risco cardiovascular feita; 99% deles tem os exames periódicos feitos e são orientados sobre alimentação saudável e exercícios regulares. A palpação dos pulsos tibial e pedioso dos pés, 48 tem feito e representam 51%; a medida da sensibilidade dos pés 43%; a saúde bucal é demanda espontânea, quando eles precisam vão a consulta.

As pessoas idosas com 60 anos ou mais hoje, representam 17.9% da população do município com um total de 435 pessoas nessa faixa etária. Destes, temos uma proporção de 72% de idosos faltosos a consulta, 14% de acamados e 35% tem caderneta de saúde das pessoas idosas. Estes são os únicos dados que conseguimos, pois não se trabalha com os indicadores de saúde e não existe um registro onde ficam preenchidos as informações. A saúde bucal é realizada na UBS na qual são atendidos na primeira consulta a livre demanda, não existem consultas programáticas dos grupos de idade de 0-4; de 5-14; de 15-59 e de 60 e mais. As ações não realizadas na UBS nos atendimentos de saúde bucal seria um trabalho para o futuro, onde a equipe deve trabalhar de formas mais programadas para melhorar a qualidade da saúde da população, fazendo mais intervenções educativas de prevenção e educação da saúde bucal na população geral. Por isso, seria bom realizar estratégias e projetos para o desenvolvimento deste indicador.

Os maiores desafios de nossa UBS, depois de ter estudado todos os parâmetros e ações programáticas que foram expostos nesta análise, estão dirigidos a criar e desenvolver uma programação do trabalho mais detalhada, direcionada a conhecer a população geral, oferecendo acompanhamento médico e informações de saúde que permitam alcançar mudanças nos estilos de vidas que é de vital importância para um desenvolvimento de uma saúde integral de qualidade. Com o estudo do caderno de ações programáticas, está bem definido que ainda temos muito trabalho por fazer, alguns aspectos ainda precisam ser melhorados e analisados pela equipe de saúde, além disso, pode realizar um plano de ações específicas baseado nas dificuldades educativas e administrativas da população assim como de nosso serviço para melhorar a saúde de nossa comunidade.

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

Observando o primeiro relatório feito na segunda semana de ambientação e comparando com este de agora, vejo que ao início ainda não tínhamos todos os conhecimentos necessários para trabalhar baseados nas dificuldades existentes na comunidade de nosso município. Porém, agora acredito que este último oferece uma análise completa do funcionamento da UBS de nosso município, o que permite ter uma melhor visão das principais problemáticas de saúde existente, as quais serão de vital importância para traçarmos as estratégias adequadas em menor tempo possível para serem solucionadas. Assim, podemos oferecer cada dia mais uma atenção de qualidade. Acredito também que este será um documento de suma importância para nossa Unidade de Saúde e o maior desafio para ser resolvido pelas Estratégias de Saúde da Família.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

O Brasil envelhece de forma rápida e intensa. Segundo o IBGE (2012), atualmente a população idosa brasileira é composta por 23 milhões de pessoas, totalizando 11,8% da população total do país. A expectativa de vida, para ambos os sexos, aumentou para 74 anos, sendo 77,7 anos para a mulher e 70,6 para o homem. O perfil epidemiológico da população idosa é caracterizado pela tripla carga de doenças com forte predomínio das condições crônicas, prevalência de elevada mortalidade e morbidade por condições agudas decorrentes de causas externas e agilizações de condições crônicas. A maioria dos idosos é portadora de doenças ou disfunções orgânicas, mas cabe destacar que esse quadro não significa necessariamente limitação de suas atividades, restrição da participação social ou do desempenho do seu papel social (IBGE, 2012).

O desafio consiste em incluir a discussão sobre o envelhecimento da população brasileira nas agendas estratégicas das Políticas Públicas. No âmbito da Saúde, o desafio é ampliar o acesso, incluir e/ou potencializar o cuidado integral, concretizar ações intersetoriais nos territórios com foco nas especificidades e demandas de cuidado da população idosa. Cabe destacar que o cuidado à Saúde da Pessoa Idosa apresenta características peculiares quanto à apresentação, instalação e desfechos dos agravos em saúde, traduzidas pela maior vulnerabilidade a eventos adversos, necessitando de intervenções multidimensionais e multissetoriais com foco no cuidado.

Em relação à estrutura física, a UBS é nova, confortável, tem consultórios médicos, de enfermagem, odontológico, sala de vacinas, salas para observação dos usuários de curativos e procedimentos de enfermagem e não tem sala para reunião.

A sala da recepção tem espaço pequeno, mas apesar disso conseguimos desenvolver nosso trabalho. A farmácia é centralizada na UBS.

Os pisos são antiderrapantes na entrada o resto deles dentro da UBS são de cerâmica, não tem corrimãos nos corredores o que dificulta o acesso aos consultórios das pessoas deficientes e idosas. Tem cadeiras de rodas, não tem local para as ações de educação em saúde, as mesmas são feitas nas escolas, na câmara de vereadores e salão de reunião da prefeitura.

Temos dificuldades porque a equipe não está completa, por exemplo, não tem técnico de enfermagem, muitas das vezes, no acompanhamento, é feito nas visitas domiciliares por enfermeiras que trabalham nos acolhimentos. A equipe está composta por médico, enfermeira, dentista, Psicóloga, Fonoaudióloga, Fisioterapeuta e técnico de saúde bucal, seis ACS, auxiliar de limpeza, motorista e recepcionista. A população da área adstrita é de 2.418 habitantes.

O número de idosos residentes na área de abrangência da UBS é de 435, ou seja, menor do que o número estimado (445). Atualmente, temos uma proporção de 72% de idosos faltosos a consulta e 14% acamados, para os quais programamos visita domiciliar. Os indicadores da qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa são muito baixos, já que não existe registro nem monitoramento dos atendimentos. Apenas um pequeno percentual deles tem caderneta de saúde, mas não fazem o uso delas e não se trabalha com a avaliação multidimensional rápida, com avaliação de risco e nem com indicadores de fragilização. Estamos desenvolvendo ações de promoção de saúde como palestras e conversas sobre hábitos alimentares saudáveis, importância da prática de exercício físico, saúde bucal e tabagismo. Estamos, ainda, trabalhando na busca ativa dos idosos faltosos e visitando os acamados. Os ACS estão se envolvendo nas atividades programadas para alcançar os objetivos e metas propostos assim como as enfermeiras. Ainda não temos a caderneta de saúde para distribuir na população alvo, mas foram pedidas.

Considera-se que a intervenção em saúde de idoso nesta UBS vai melhorar a qualidade de vida deste grupo etário de nossa comunidade, ajudando para que tenham um controle e orientação adequado de suas doenças e que aprendam a viver com elas sem que afete o desempenho de suas atividades cotidianas.

A incorporação dos idosos em atividades de grupo melhora a convivência social destas pessoas, sendo que muitos deles são carentes de afeto. Além disso, dentro do grupo de idoso temos a maior porcentagem de diabéticos e hipertensos e

podemos ter melhor controle de doenças crônicas que podem levar a morte do usuário.

Desta forma, a intervenção justifica-se pela necessidade de ampliar a qualidade da atenção oferecida aos idosos na UBS em questão, organizando os atendimentos médicos e aumentando a cobertura da atenção.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Qualificar a atenção à saúde dos idosos na UBS Pinhal da Serra, Pinhal da Serra/RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

Meta 1.1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 90%.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade de atenção ao idoso na UBS.

Meta 2.1. Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos cadastrados 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 pediosa e medida da sensibilidade nas consultas aos usuários 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. Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Meta 2.6. Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Meta 2.7. Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM).

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Meta 2.9. Realizar a primeira consulta odontológico para 100 % dos idosos.

Objetivo 3: Melhorar a adesão do usuário idoso ao programa.

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações do usuário idoso na UBS.

Meta 4.1. Manter registro específico de 100% da pessoa idosas.

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

Objetivo 5: Mapear os idosos de risco de 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 bucal dos idosos.

Meta 6.1:

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas e será realizado na Unidade de Saúde da Família (USF), no Município de Pinhal da Serra, RS. Participação da intervenção 435 na faixa etária de pessoas de 60 anos e mais.

2.3.1 Detalhamento das ações

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

Meta 1.1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 90%.

Eixo: Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde semanal.

Detalhamento: Será habilitada uma pasta com os prontuários dos idosos da área de abrangência com acompanhamento na unidade e quinzenal onde serão preenchidos os dados dos idosos acompanhados na ficha de coleta de dados responsável pelos médicos e enfermeira.

Eixo: Organização e gestão do serviço

Ação: Acolher os idosos e cadastrar todos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde. Atualizar as informações do SIAB.

Detalhamento: Agendar consulta e visitas domiciliares diárias para os idosos de nossa área de abrangência com um mínimo de 5 usuários ao dia ou seja 20 por semanas, responsável enfermeira, ACS e médico.

Eixo: Engajamento público

Ação: Esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na UBS, Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde.

Detalhamento: Será orientado a importância do acompanhamento periódico dos idosos explicando a existência do Programa de Atenção aos mesmos mediante conversas, nas consultas, nas visitas domiciliares por todos os integrantes da equipe diariamente nas atividades de saúde desenvolvidas.

Eixo: Qualificação da prática clínica

Ações: Capacitar a equipe no acolhimento aos idosos, capacitar os ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço e

capacitações da equipe da unidade de saúde para a Política Nacional de Humanização.

Detalhamento: Estas ações serão desenvolvidas nas reuniões da equipe semanais pelo médico e enfermeira da unidade que capacitaram todos os integrantes envolvidos no trabalho com revisão dos protocolos de saúde do idoso encontrados no caderno da atenção básica.

Objetivo: 2 Melhorar a qualidade de atenção ao idoso na UBS.

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

Eixo: Monitoramento e avaliação.

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

Detalhamento: Esta ação será monitorada com a revisão nos atendimentos da ficha de espelho na parte consulta clínica no dia a dia a qual forma parte dos atendimentos e fica nos prontuários dos usuários idosos atendidos semanalmente pela equipe.

Eixo: Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropômetro, Tabela de Snellen). Definir as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos.

Detalhamento: Coordenar com a gestora municipal para garantir os recursos necessários e solicitar aqueles que não existem semanalmente para garantir uma avaliação integral do idoso nas consultas e atendimentos feitos pela equipe desde a recepção, ficando como responsável a enfermeira da equipe.

Eixo: Engajamento público.

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

Detalhamento: Nas visitas da equipe à comunidade feitas semanalmente se orienta sobre os detalhes da avaliação multidimensional rápida que não é agressiva e nos permite tomar condutas apropriadas para o encaminhamento do usuário com incapacidade. Responsável: médico e enfermeira da unidade.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar os profissionais para o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pela UBS, treinar a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida.

Detalhamento: Será capacitada toda equipe semanalmente para realizar esta avaliação e aproveitar todos os espaços (consultas, visitas domiciliares), identificando os problemas e encaminhando os casos necessários para evitar situações de incapacidade severa. Nas reuniões de equipe semanais estudamos os protocolos para o atendimento dos idosos e capacitamos a equipe para as orientações sobre importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável sendo o responsável o médico e a enfermeira da unidade com ajuda dos protocolos de saúde do idoso implementados na unidade.

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 nas consultas aos usuários diabéticos.

Eixo: Monitoramento e avaliação.

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

Detalhamento: Monitora-se esta ação pela a revisão diária e semanal das fichas espelhos que ficam nos prontuários dos usuários idosos atendidos na semana em curso pela enfermeira da equipe.

Eixo: Organização e gestão do serviço.

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

Detalhamento: Monitoramento da pressão e o teste rápido de glicemia serão feitos pela técnica de enfermagem e enfermeira mesma realizando o resto do exame

clínico pelo médico em cada consulta ou visita domiciliar em caso de usuários fazendo ênfases nos portadores de doenças crônicas como hipertensão e diabetes.

Ação: Garantir busca a idosos que não realizaram exame clínico apropriado.

Detalhamento: Semanalmente, nas reuniões de equipe se informará aos agentes de saúde a situação apresentada dos usuários pertencentes a suas áreas para que garantam a procura dos idosos que não tem exame clínico apropriado ao dia e deixar novas consultas agendadas para garantir o desenvolvimento deste indicador de saúde.

Ação: Organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliar.

Detalhamento: Diariamente os ACS nas visitas domiciliares trabalham na busca dos idosos hipertensos e diabéticos e semanalmente o médico e enfermeira organizam as agendas deste grupo etário, além disso nas reuniões de equipe o médico e enfermeira são a responsável do desenvolvimento de esta ação.

Ação: Garantir a referência e contra referência de usuários com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades.

Detalhamento: O gestor municipal responsável desta ação vai garantir a referência e contra referência dos usuários com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades com periodicidade semanal.

Eixo: Engajamento Público

Ação: 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.

Detalhamento: Serão ofertadas atividades de promoção de saúde diária na unidade em forma de conversa, pela enfermeira e médico, orientando os riscos das doenças cardiovasculares e neurológicas sendo a enfermeira a responsável desta ação.

Eixo Qualificação da prática médica

Ações: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado e capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: Será necessário estudos e debates com base nos protocolos de saúde do idoso pela equipe para poder conseguir realizar um exame clínico apropriado e o registro adequado dos procedimentos feitos sendo o responsável o médico e enfermeira da equipe da equipe.

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

Eixo: Monitoramento e avaliação.

Ações: Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde e monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: Monitora-se esta ação através da revisão quinzenal das fichas espelhos e os prontuários dos usuários idosos atendidos na semana em curso pôr a enfermeira da UBS sendo a mesma a responsável de esta ação.

Eixo: Organização e gestão do serviço

Ações: Garantir a solicitação dos exames complementares e garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Detalhamento: A solicitação dos exames será feita nas consultas ou visitas domiciliares agendadas e o gestor municipal responsável vai garantir os recursos necessários para sua realização em tempo pelo SUS.

Eixo: Engajamento público

Ações: Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares e a periodicidade com que devem ser realizados.

Detalhamento: Realiza-se mediante conversas nas consultas, visitas domiciliares e reuniões de grupos feitas sendo responsável desta ação todos os integrantes da equipe.

Eixo: Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Capacita-se nas reuniões semanal de equipe sobre os critérios para solicitação de exames complementares conforme aos protocolos adotados na unidade, sendo o responsável da solicitude dos mesmos o médico da equipe.

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

Eixo: Monitoramento e avaliação.

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

Detalhamento: Articular com os trabalhadores e empregados da farmácia popular a dispensação de medicamentos semanalmente e monitorar a todos os idosos da área adstrita que tiverem medicamentos prescritos com a responsabilidade da enfermeira da equipe.

Eixo: Organização e gestão do serviço

Ação: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos e manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: Fazer controle quinzenal através de uma pasta com o nome completo e endereço dos usuários que tem prescrições de medicamentos, sendo o responsável desta ação a enfermeira da equipe.

Eixo: Engajamento público

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

Detalhamento: Durante as palestras, visitas domiciliares, trabalho em grupo com ACS será orientado sobre os direitos que tem cada usuário a ter acesso aos

medicamentos da farmácia popular tendo a responsabilidade de orientar aos usuários a equipe completa de seus direitos.

Eixo: Qualificação da prática clínica

Ação: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes e capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: O médico será o responsável de capacitar a equipe semanalmente na atualização do tratamento de hipertensão e diabetes, assim como as alternativas criadas para que os usuários tenham acesso aos medicamentos na farmácia popular.

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

Eixo: Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Monitora-se esta ação através da revisão semanal das fichas espelhos e os prontuários dos usuários idosos atendidos na semana em curso pela enfermeira responsável que fica ligada com os ACS que informaram o número de usuários acamados o com problemas na locomoção.

Eixo: Organização e gestão do serviço.

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

Detalhamento: Realiza-se com ajuda da ficha espelho e os prontuários médicos de cada um dos idosos acamados cadastrado no programa assim como informações obtidas e trazidas pelos ACS a nossas reuniões que permitiram a atualização do registro deste tipo de paciente incapacitado com a responsabilidade da enfermeira como máxima representante para organizar a agenda.

Eixo: Engajamento público

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

Detalhamento: Realiza-se mediante conversas nas consultas diárias, visitas domiciliares semanais, nas reuniões de grupos mensais informando a população da existência do programa a qual fica responsável por todos os integrantes da equipe em oferecer estas informações.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento: Realiza-se nas reuniões semanais da equipe feitas pelo médico e enfermeiras da unidade como responsáveis garantir o monitoramento deste tipo de paciente, seguindo os protocolos de saúde do idoso.

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

Eixo: Monitoramento e avaliação.

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

Detalhamento: Realizará semanalmente pela enfermeira, médico, ACS e técnica de enfermagem da equipe feitas através de conversas e revisão dos prontuários e fichas espelhos do idoso cadastrado na unidade que apresenta este tipo de dificuldade, ficando como máxima responsável a enfermeira

Eixo: Organização e gestão de serviço

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

Detalhamento: Esta ação se realizará dando prioridade aos pacientes acamados ou com problemas na locomoção orientando por parte do médico e enfermeira nas reuniões de equipe semanal, a importância do agendamento das visitas domiciliares com ordem prioritário neste usuário o qual tem como responsável os ACS que levam este controle articulado com a enfermeira da equipe.

Eixo: Engajamento público

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

Detalhamento: Se realizará mediante orientações oferecidas nas conversas e consultas diárias, nas visitas domiciliares semanais por todos os integrantes da equipe da existência de poder agendar visitas domiciliares neste grupo de pacientes sendo o máximo responsável a equipe toda.

Eixo: Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Se realizará reuniões semanais da equipe levando um controle do cadastro deste tipo de paciente como responsáveis terá a enfermeira e o médico que deveram ter um monitoramento exato de aqueles pacientes com este tipo de dificuldade e que precisem acompanhamento periódico nas visitas domiciliares sempre bem ligado com os ACS.

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

Eixo: Monitoramento e avaliação.

Ação: Monitorar o número de idosos submetidos a rastreamento para HAS mensal.

Detalhamento: Se realizará monitoramento e rastreamento diário para HAS de todos os integrantes de este grupo nos atendimentos por parte da enfermeira e médico como máximos responsáveis além disso se trabalhará semanalmente pela equipe com esta ação nas visitas domiciliares levando um registro das cifras de TA.

Eixo: Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: Nossa unidade tem garantido pelo gestor municipal, os recursos para garantir o acolhimento diário adequado dos idosos portadores de HAS, além disso, na sala de recepção todos os dias se realizará o acolhimento por um membro da equipe ficando como responsável a enfermeira de acolher aos mesmos.

Eixo: Engajamento público

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS.

Detalhamento: Realizará mediante conversas nas consultas diárias, visitas domiciliares semanais e nas reuniões da equipe mensais a importância de medir a pressão arterial periodicamente e cuidar dos fatores de risco associados para esta doença sendo responsável a enfermeira e médico da equipe.

Eixo: Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Se realizará pelo médico da unidade, a enfermeira e técnica da equipe capacitações semanais explicando as técnicas de como medir a pressão arterial assim como o uso adequado do manguito na hora da medição.

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

Eixo: Monitoramento e avaliação.

Ação: Monitorar número de idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM anualmente.

Detalhamento: Se realizará o controle dos pacientes que apresentem pressão arterial maior de 135 com 85 mm Hg diariamente nos atendimentos, semanalmente nas visitas domiciliares e mensais nas reuniões da equipe pela enfermeira e medico da unidade levando as anotações correspondente dos resultados da mesma medição deixando os resultados nos prontuários e fichas espelhos dos idosos atendidos.

Eixo: Organização e gestão do serviço

Ação: Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM e garantir material adequado para realização da glicemia capilar na unidade de saúde e criar sistema de alerta na ficha de acompanhamento para indicar o idoso que provavelmente terá que realizar o hemoglicoteste.

Detalhamento: Garantir mensalmente pelo gestor municipal como máximo responsável os recursos matérias para o controle de HGT ou hemoglicoteste, por parte da equipe diariamente conseguir um acolhimento adequado dos idosos portadores de DM sendo responsável a enfermeira e medico na unidade o que permitiram identificar fatores de riscos associados que ficaram registrados no prontuário a ficha espelho de cada um deles.

Eixo: Engajamento público

Ação: 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 e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM.

Detalhamento: Se realizará orientações sobre a importância do rastreamento e controle da pressão arterial maior que 135 com 80 mmHg mediante conversas e consultas diárias, nas visitas domiciliares semanalmente, nas atividades de grupo por todos os integrantes da equipe fazendo ênfases nos fatores de risco associados.

Eixo: Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Realizar pôr o médico, enfermeira e técnica da equipe capacitações semanais que permitiram a realização cada dia melhor do teste de HGT

em aqueles pacientes com pressão arterial sustentada maior que 135 com 80 mmHg o com diagnóstico de hipertensão arterial, sendo o responsável a enfermeira mesma do desenvolvimento desta ação.

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

Eixo: Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de idosos.

Detalhamento: Revisar pela odontóloga e de auxiliar de saúde bucal semanalmente os prontuários e fichas espelhos dos idosos atendidos avaliando a necessidade de tratamento odontológica.

Eixo: Organização e gestão do serviço.

Ações: Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde, cadastrar os idosos na unidade de saúde, oferecer atendimento prioritário aos idosos na unidade de saúde e organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.

Detalhamento: O atendimento odontológico fica focalizado priorizando aqueles idosos, mas doentes o que mais precisem o mesmo 'e feito todos os dias da semana onde com ajuda da auxiliar de odontologia e os agentes de saúde se organizaram o acolhimento dos idosos tendo como responsável a odontóloga da equipe.

Eixo: Engajamento público

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

Detalhamento: Realizará mediante conversas, consultas diárias, nas visitas domiciliares semanais, nas atividades de grupo mensais por todos os integrantes da equipe a importância de ter uma avaliação bucal para garantir uma saúde integral deste grupo.

Eixo: Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Realizará nas reuniões da equipe pela auxiliar de consultório odontológico na primeira semana da intervenção.

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

Eixo: Monitoramento e avaliação.

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

Detalhamento: Será monitorado, levando um registro diário nas consultas de odontologia por parte da odontóloga e auxiliar de odontologia dos usuários que assistem as mesmas sendo eles o máximo responsável do desenvolvimento de esta ação.

Eixo: Organização e gestão do serviço.

Ação: Organizar acolhimento dos idosos na unidade de saúde, organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos e oferecer atendimento prioritário aos idosos.

Detalhamento: Será feito um controle diário dos usuários que receberam atendimento odontológico através de registros, dando prioridade aos idosos, responsável desta ação a auxiliar de saúde bucal.

Eixo: Engajamento público.

Ação: 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, esclarecer a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais, ouvir a comunidade sobre estratégias para captação de idosos para acompanhamento odontológico.

Detalhamento: Será fornecida informações a comunidade sobre o atendimento prioritário dos idosos através das visitas diárias dos ACS, nas consultas médicas, nas palestras realizadas semanalmente na comunidade, ressaltando também a importância da realização de exames bucais, responsabilizando-se destas ações todos os integrantes da equipe.

Eixo: Qualificação da prática clínica.

Ação: Capacitar a equipe para realizar acolhimento do idoso de acordo com protocolo, realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico, capacitar os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para idosos.

Detalhamento: Estas capacitações serão feitas por a odontóloga nas reuniões da equipe com uma periodicidade semanal sendo ela mesma a responsável desta ações.

Objetivo: 3 Melhorar a adesão do usuário idoso ao programa.

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

Eixo: Monitoramento e avaliação.

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

Detalhamento: Monitoramento e cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos semanais através dos registros das informações nos prontuários e fichas espelho assim como agendamentos futuros como máximo responsável o médico e enfermeira da equipe.

Eixo: Organização e gestão do serviço.

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos, organizar a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Desenvolver o trabalho comunitário diário pela equipe com apoio dos ACS que ajudaram na busca ativa dos idoso faltosos a consulta a traves das visitas domiciliares o que facilitara o acolhimento e organização deste grupo etário ficando como responsáveis desta ação o médico e enfermeira.

Eixo: Engajamento público

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas, ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos idosos (se houver número excessivo de faltosos) e esclarecer os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Se realizará divulgação pela equipe em conversas diárias, nas consultas, visitas domiciliares e atividades de grupo feitas na comunidade explicando importância e periodicidade das consultas para seu estado de saúde individual.

Eixo: Qualificação da prática clínica

Ação: Treinar os ACS para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade e definir com a equipe a periodicidade das consultas.

Detalhamento: Capacitar aos ACS nas reuniões semanais da equipe para visitar os usuários faltosos e dar as orientações precisas para seu seguimento adequado em consultas definindo seu agendamento prévio sendo o responsável o médico da equipe.

Objetivo: 4 Melhorar o registro das informações do usuário idoso na UBS.

Meta 4.1: Manter registro específico de 100% da pessoa idosas.

Eixo: Monitoramento e avaliação.

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

Detalhamento: Revisar todas as anotações feitas nos atendimentos semanalmente pelo médico e a enfermeira nos prontuários, fichas espelho e cadernetas de saúde dos idosos cadastrados na unidade.

Eixo: Organização e gestão do serviço.

Ação: 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, todos os idosos cadastrados no programa de nossa área de abrangência serão avaliados em consulta com a qualidade antes descrita e com a organização adequada e registro de todas as ações feitas nas fichas espelhos e tabela de coleta de dados.

Detalhamento: Manter atualizada a ficha espelho (avaliação multidimensional rápida e consulta clínica), cadernetas de saúde do idoso e fichas de atendimento individual (prontuários) dos idosos para garantir que os sistemas de registros fiquem ao dia.

Eixo: Engajamento público.

Ação: 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.

Detalhamento: Realiza-se o cadastro e registro das atividades de saúde nas consultas diárias e visitas domiciliares semanais programáticas aos idosos cadastrados no programa feita pela equipe que fica como responsável.

Eixo: Qualificação da prática clínica.

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

Detalhamento: Mediante capacitações nas reuniões semanal da equipe com objetivo de ensinar o preenchimento dos dados específicos que ajuda ao acompanhamento do idoso pelo cronograma estabelecido sendo responsável o médico e enfermeira.

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

Eixo: Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Se realizará controle nas consultas e visitas domiciliares agendadas aos idosos cadastrados no programa de aqueles que não possuem cadernetas de saúde monitorado pela enfermeira e os ACS.

Eixo: Organização e gestão do serviço.

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

Detalhamento: Esta se realizará por conversações semanais estabelecidas pela enfermeira e médico com o gestor municipal para garantir as cadernetas dos idosos cadastrados no programa.

Eixo: Engajamento público

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

Detalhamento: Organizar em caixas por ordem alfabético e micro áreas todas as cadernetas dos idosos as quais ficam na consulta sendo feitas e organizadas pelos ACS que foram a responsável de esta ação.

Eixo: Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Realizará na primeira semana do início da intervenção capacitações feitas pela enfermeira e médico da equipe responsável do desenvolvimento desta ação explicando a maneira do preenchimento dos dados específicos nas cadernetas do idoso.

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

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

Eixo: Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Esta ação será feita através de sistema de registro da UBS pôr a enfermeira da equipe como responsável.

Eixo: Organização e gestão dos serviços.

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

Detalhamento: Agendando consultas semanalmente a idosos com risco morbimortalidade dando prioridade aqueles que apresentem maior risco de morbimortalidade, responsável médico e enfermeira.

Eixo: Engajamento público

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

Detalhamento: Realizando atividades de grupos mensal e nos atendimentos diários oferecendo informações dos riscos de morbimortalidade assim como explicando a importância do acompanhamento mais periódico em aqueles com alto risco, sendo o responsável o médico da equipe.

Eixo: Qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento: Através das capacitações na reunião semanal da equipe com ACS sobre identificação e registro de fatores de risco morbimortalidade da pessoa idosa, como responsável o médico da equipe.

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

Eixo: Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Através das consultas, realizando exame físico periódico e avaliação com outros especialistas da atenção secundária, responsável médico equipe.

Eixo: Organização e gestão do serviço.

Ação: Priorizar o atendimento idosos fragilizados na velhice.

Detalhamento: Agendando consultas periódicas semanalmente e realizando visitas domiciliares pela equipe com caráter prioritário em aqueles mais frágeis.

Eixo: Engajamento público

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

Detalhamento: Orientar a comunidade em geral sobre a importância do acompanhamento mais frequentes dos idosos fragilizados através das visitas

domiciliares, nos atendimentos periódicos e palestras, ficando como responsável a equipe toda.

Eixo: Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Através das capacitações da equipe na reunião dos profissionais sobre indicadores de fragilização na velhice sendo responsável de esta ação o médico.

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

Eixo: Monitoramento e avaliação.

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

Detalhamento: Realizar visitas domiciliares e mapeamento semanal da equipe com apoio direto dos ACS que ficam como responsável para ter uma avaliação integral da rede social dos idosos que pertencem à UBS.

Eixo: Organização e gestão dos serviços.

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

Detalhamento: Será monitorado o trabalho social na UBS pela equipe para ter um controle dos idosos que apresentem acompanhamento deficiente pela rede social que precisem visitas domiciliares, responsável a psicóloga da unidade.

Eixo: Engajamento público.

Ação: 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 (trabalhos em igrejas, escolas, grupos de apoio...) e do estabelecimento de redes sociais de apoio.

Detalhamento: Divulgar nas consultas e visitas domiciliares pela equipe como vai ser desenvolvido o atendimento prioritário aos idosos, ficando como responsável a equipe toda.

Eixo: Organização dos serviços

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

Detalhamento: A traves de palestras e capacitações feitas pelo médico com a equipe para garantir a avaliação na rede social deste grupo etário.

Objetivo 6: Promover a saúde bucal dos idosos.

Meta 6.1: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

Eixo: Monitoramento e avaliação.

Ação: Monitorar as atividades educativas individuais.

Detalhamento: Será monitorado semanalmente nas consultas médicas e visitas domiciliares pela enfermeira e o médico o registro das orientações educativas.

Eixo: Organização e gestão dos serviços.

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

Detalhamento: Se organizara ao início da intervenção um cronograma adequado pela enfermeira que permita avaliar o número de idosos nas consultas médicas.

Eixo: Engajamento público.

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

Detalhamento: Através de palestras mensal feitas pela odontóloga e auxiliar de consultório dentário sobre a importância da higiene bucal além disso nos atendimentos serem desenvolvidas ações educativas encaminhadas a melhorar esta ação.

Eixo: Organização dos serviços

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

Detalhamento: Através de palestras oferecidas mensalmente pelo odontólogo da equipe aos profissionais da equipe sobre a importância da higiene bucal.

Meta 6.2: Garantir orientações sobre higiene bucal para 100% dos idosos cadastrados.

Eixo: Monitoramento e avaliação.

Ação: Monitorar as atividades educativas individuais.

Detalhamento: Levar o controle e registro diário pela odontóloga no prontuário e caderneta de saúde do idoso sobre as atividades educativas individuais de higiene bucal.

Eixo: Organização e gestão dos serviços.

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

Detalhamento: Articular com o dentista para oferecer nos atendimentos orientações individuais aos idosos na hora do atendimento.

Eixo: Engajamento público.

Ação: Orientar os idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: Orientar aos idosos e familiares na hora das consultas, visitas domiciliares e atividades de grupos a importância da higiene bucal sendo como responsável a auxiliar e os ACS.

Eixo: Organização dos serviços

Ação: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: Desenvolver capacitações pela odontóloga nas reuniões semanal da equipe sobre a importância que tem a saúde bucal e de que forma abordar com os idosos.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1. Melhorar a cobertura de atenção do usuário idosa na UBS.

Meta 1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 100 %.

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

Numerador: Números de idosos cadastrados no programa.

Denominador: Número de idosos pertencentes à área de abrangência da UBS.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade de atenção do usuário idoso na UBS.

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 cadastrado no programa.

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 nas consultas aos usuários 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 cadastrado no programa.

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

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

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

Denominador: Número de idosos cadastrado no programa.

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

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

Numerador: Número de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular.

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

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

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

Numerador: número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados

Denominador: número de idosos cadastrado no programa.

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 problemas de locomoção com visita domiciliar.

Denominador: Número de idosos cadastrado no programa.

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 rastreados para hipertensão na última consulta

Denominador: Número de idosos cadastrado no programa.

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

Denominador: Número de idosos cadastrado no programa

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 de idosos cadastrado no programa

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 do usuário idoso ao programa.

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 que receberam busca ativa.

Denominador: Número de idosos cadastrado no programa.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações do usuário idoso na UBS.

Meta 4.1: Manter registro específico de 100% da pessoa idosas.

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

Numerador: Número de idosos com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia.

Denominador: Número de idosos cadastrado no programa.

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

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

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

Denominador: Número de idosos cadastrado no programa.

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: Proporções 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: Proporções de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.

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

Objetivo 6: Promover a saúde bucal dos idosos.

Meta 6.1: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

Indicador 6.1: 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.

Meta 6.2: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

Indicador 6.2. Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal (

Numerador: Número de idosos com orientação sobre higiene bucal.

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

2.3.3 Logística

Para realizar nossa intervenção vamos adotar o protocolo de saúde do Ministério da Saúde, Envelhecimento e saúde da pessoa idosa, 2006.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira inicialmente revisará o livro de registro, identificando todos os idosos cadastrados e que realizaram acompanhamento na unidade nos últimos três meses. A profissional localizará os prontuários e passará estas informações para uma folha de registro específico. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento e anexará uma anotação sobre as consultas e exames em atraso.

As ações realizadas deverão ser registradas no prontuário individual, caderneta de saúde do idoso e em um formulário eletrônico complementar que contenha os seguintes dados: dados gerais, riscos, doenças, avaliação multidisciplinar rápida, exames clínicos, rastreamento de HAS e DM, necessidade de tratamento odontológico, risco de morbimortalidade, acamado ou não, data da última consulta, próxima consulta agendada e visita domiciliar programada. As ações de educação para a saúde serão registradas no prontuário individual e as atividades coletivas no

caderno das atividades que são feitas na UBS. Para facilitar nosso trabalho precisamos de prontuários individuais e caderneta de saúde sendo que os mesmos já foram solicitados aos gestores municipais e, além disso, faremos uso de computador, impressora e material de consumo (folhas, canetas).

Os prontuários individuais dos idosos serão organizados por ordem alfabética em uma pasta individual que garanta sua revisão mensal e o monitoramento das ações feitas para cada usuário do programa semanal pela enfermeira da unidade, que examinará os prontuários, identificando aqueles que estão com consulta, exames clínicos e laboratoriais com atraso, os que não têm feito avaliação multidisciplinar rápida, os que não têm feito rastreamento de HAS e DM, os que não têm avaliação odontológica.

O agente comunitário fará busca ativa, agendando consultas para cinco usuários por dia para consulta ou visita domiciliar com o médico e a enfermeira para a realização das ações programadas. Semanalmente, as informações coletadas serão consolidadas na planilha eletrônica pelo médico da unidade. Faremos o controle dos medicamentos de uso dos idosos com doenças crônicas que recebem mensalmente das farmácias populares para garantir o tratamento continuado. Contamos com esfigmomanômetro e estetoscópio, glicosímetro, balança para pesagem de adulto e precisamos garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares e material de consumo (200 folhas, pastas de arquivo, 6 cadernos para anotações, 6 canetas, tinta de impressora).

Nas reuniões de equipe na própria UBS será feito a capacitação da equipe para: acolhimento e busca ativa dos idosos, políticas nacionais de humanização, protocolos de saúde do idoso, verificação da pressão arterial, realização de hemoglicoteste, avaliação de necessidade de tratamento odontológico, preenchimento dos registros e caderneta de saúde, identificar fatores de riscos, promover hábitos alimentares saudáveis, orientações nutricionais específicas para usuários com HAS e DM, promover realização de atividade física regular, higiene bucal. Para o cumprimento destas ações precisamos de duas horas semanais e a preparação de cada membro da equipe em diferentes temas a abordar nos apoiando no caderno de atenção básica: envelhecimento e saúde do idoso. A capacitação será feita pelo médico e enfermeira da unidade utilizaremos computador e câmera para registro gráfico das atividades.

Para esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico na unidade, a existência do programa de atenção ao idoso da unidade de saúde, a importância do tratamento oportuno das limitações, orientar sobre os riscos de doenças cardiovasculares, importância da medida da pressão e fatores de risco para o desenvolvimento de HAS, a importância do rastreamento da DM e fatores de risco, importância da saúde bucal, a importância de portar a caderneta de saúde quando for a consulta e a importância de manter hábitos de vida saudáveis faremos contato com os representantes das comunidades nas três igrejas da área de abrangência e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância da saúde do usuário idoso para melhorar o processo de envelhecimento.

Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a cobertura de atendimento do usuário idoso em nossa UBS. Faremos palestras na unidade, nos auxiliando de computador, com a comunidade apresentando o projeto e seus objetivos para melhorar a saúde dos idosos cadastrados em nossa área de abrangência, divulgação na rádio municipal do projeto e as ações de saúde planejadas mensalmente com a participação dos idosos e familiares de nossa comunidade serão feitos por a enfermeira em coordenação com o gestor municipal.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

A intervenção estava estruturada para ser desenvolvida em 16 semanas, porém devido ao prolongamento das férias dos alunos foi reduzida para 12 semanas a fim de cumprir com o cronograma do curso. Foi realizada no período de abril a julho de 2015 e direcionada a qualificar a atenção à Saúde do Idoso, como objetivo geral de nosso projeto em nossa UBS. Para as primeiras semanas, tínhamos traçadas uma série de atividades que foram bem desenvolvidas, entre elas conseguimos treinar os ACS no cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados e com problemas na locomoção. Além disso, capacitamos a equipe em relação a aplicação da avaliação multidimensional rápida e preenchimento da ficha de espelho destas pessoas que pertencem a este grupo etário, assim como foi organizada uma agenda de atendimentos clínicos e ambulatoriais para acolher e monitorar os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das visitas domiciliares e de demanda espontânea. Nos atendimentos, foi realizado exame clínico apropriado com aferição dos sinais vitais, medição da pressão arterial, teste rápido de HGT, busca ativa de HAS e DM e prescrição de medicamentos e exames complementares quando necessário. Além disso, os idosos receberam orientações da equipe quanto aos hábitos alimentares saudáveis e higiene bucal, as quais também foram abordadas nas atividades dos grupos. Ao longo da intervenção do início no primeiro mês chegamos ao cadastro 171 usuários idosos deles 169 receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis com uma cobertura de 98,8%, no segundo mês o trabalho foi bem desenvolvido atingindo ao cadastro de 319 pessoas deste grupo deles 316 receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis com uma cobertura de 99,1%, finalizando no terceiro mês com 403 idosos que entraram no programa com um total 399 receberam orientação nutricional para hábitos alcançando ao final da intervenção

uma cobertura 99.0% na área adstrita, percentual que ficou bem pertinho da meta estabelecida para esse indicador que foi dum 100%. Vale a pena sinalar que o serviço de odontologia da UBS não existe um cronograma de consultas programáticas, os usuários são atendidos geralmente a livre demanda quando precisam de atendimento odontológico ou apresentam uma emergência mesma, os mesmos recebem esse atendimento e são orientados com os cuidados da saúde bucal na hora por parte da odontóloga da equipe. Além disto, muitos dos idosos são faltosos a consultas odontológicas o que atrapalha o desenvolvimento deste indicador. Nos atendimentos sempre fazemos ênfase na importância que tem a higiene bucal que garantirá uma saúde bucal adequada e integral. Com relação ao serviço de próteses não funciona em nossa UBS, o serviço é feito particular.

Ao longo da intervenção, no primeiro mês se cadastraram 171 idosos deles 44 com primeira consulta de odontologia programáticas e desse grupo 30 receberam orientação sobre higiene bucal com uma cobertura de 68,2%; no segundo mês se atingiram ao cadastro 319 idosos e deles 64 com primeira consulta de odontologia programáticas e desse grupo 37 receberam orientação sobre higiene bucal com uma cobertura de 57,8%; finalizando no terceiro mês, se cadastraram 403 idosos deles 68 com primeira consulta de odontologia programáticas e desse grupo 59 receberam orientação sobre higiene bucal, alcançando ao final da intervenção uma cobertura na área adstrita de 86,8%, percentual que ficou baixo em relação com a meta estabelecida que era 100%.

Conseguimos cadastrar mais de 92,6 % deste grupo etário pela equipe, o que atingiu cumprimento integral da meta estabelecida que ficou em um 90 % o que garantiu a cobertura das pessoas idosas que entraram em no programa. Tivemos algumas dificuldades, pois os idosos são faltosos à consulta e que, muitos deles, não se achavam no domicílio nas horas das visitas. Isto atrapalhou o desenvolvimento de nosso trabalho que se cumpriu parcialmente em diferentes ações de saúde, como exame clínico apropriado, avaliação multidimensional rápida e avaliação de risco de morbimortalidade. A avaliação da saúde bucal foi uma problemática pelo mesmo motivo de falta. A solicitação de exames complementares periódicos apresentou o desenvolvimento parcial, mas conseguimos alcançar boa parte dos usuários portadores de doenças crônicas não transmissíveis como a diabetes e a hipertensão que antes não eram feitos pela falta de um programa encaminhado a atenção de saúde do idoso. Através das consultas e visitas, fizemos o registro dos tratamentos,

bem como dos medicamentos que são entregues na farmácia popular, resultando no controle integral dos que tomavam remédios da farmácia popular. Os grupos com os idosos foram realizados em espaços na comunidade e trabalhamos temas relacionados com a saúde do idoso, bem como realizamos atividades lúdicas.

Foram priorizados 100% dos usuários que mais precisavam de nosso serviço como acamados e que apresentavam problemas na locomoção que foi bem desenvolvido nas visitas domiciliares. Durante a intervenção, ficamos próximos dos idosos, examinando os sinais vitais, medindo a pressão arterial de todos eles, fazendo teste rápido de HGT, procurando e pesquisando ao mesmo tempo doenças ocultas crônicas que são muito frequentes nesta idade, como HAS e DM.

Hoje segue uma problemática quanto a avaliação pela parte da assistência social de todos os idosos, pois o serviço tem um funcionamento, tipo um CRAS, onde os idosos que precisam são encaminhados pela equipe para serem avaliados por essa especialidade. Não existe um programa voltado a este tipo de atendimento, o que permitiu cumprir parcialmente esta ação.

Na realidade no trabalho de dia a dia hoje 'e um orgulho de nossa equipe ter formado este grupo de idosos que ficavam carente dum programa prioritário que garantirá uma saúde de qualidade, pois o mesmo foi organizado mediante o trabalho continuado dos integrantes da equipe interagindo com a comunidade nas visitas domiciliares semanal, nos atendimentos de rotina e nas atividades de grupo mensais que ajudaram a incentivar aos idosos e familiares 'a realizarem um acompanhamento periódico deles e entrar no programa pois ao mesmo tempo ajudou a equipe sentir se gratificada com a assistência e interesses desenvolvida pela parte deles que começaram a preocupar-se por ter uma saúde de qualidade facilitar um vínculo mais direito de este grupo etário com a sociedade.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Vale a pena sinalar que todas as ações previstas no projeto foram desenvolvidas durante a intervenção no dia a dia alguns de forma integral e outra parcial.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Ao início se apresentaram dificuldades no preenchimento dos dados na ficha de coleta de dados, na aplicação da avaliação multidimensional rápida destas pessoas por parte dos ACS e as fichas de espelhos. Foram feitas capacitações com os ACS na prefeitura de nosso município com o objetivo explicar e ajustar os dados dos indicadores das tabelas de coleta de dados no mês de abril e junho que ficavam com erros na hora do preenchimento, obtendo resultados percentuais errados e maior de 100% questão que atrapalhou nosso trabalho, mas ao final se conseguiu cumprir parcialmente as ações previstas nessa etapa. Em relação a avaliação multidimensional rápida e ficha de espelho ainda não ficam em dia, pois faltam alguns idosos por avaliar integralmente o que não permitiu atingir a meta proposta para esses indicadores. Os ACS apresentaram dificuldades na hora de fazer o preenchimento das mesmas o que levou à tomar uma decisão e deixar estas fazerem parte do atendimento médico do usuário na hora das consultas.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

A viabilidade de incorporar as ações de saúde ao serviço de rotina da UBS é bem fácil para nossa equipe, trabalhando em conjunto de forma contínua, pois ficamos com a disposição de atingir as metas propostas para cada indicador, além de aperfeiçoar as já desenvolvidas para desse jeito melhorar a qualidade da atenção à saúde dos idosos. Para isto, temos que ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação a necessidade de priorização da atenção aos grupos específicos, tai como hipertensos e diabéticos, em especial aos de alto risco de morbimortalidade que precisamos ter um contato direto e frequente para que não fiquem com faltas de algumas informações médicas.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Nossa intervenção fica sempre voltada a cumprir os objetivos e metas propostas no projeto, baseado no desenvolvimento dos indicadores previstos que poderiam ajudar a melhorar a qualidade da atenção à saúde do idoso em nossa UBS como objetivo específico de nosso trabalho para o qual tínhamos uma população de 435 pessoas de 60 anos e mais.

Objetivo 1: Melhorar a cobertura da atenção à saúde do idoso na UBS.

Meta 1.1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde do idoso na área da UBS

Indicador 1.1: Cobertura do Programa de Atenção à saúde do idosos na UBS.

A intervenção focalizou todos os idosos da área que são moradores da avenida central do município e dos 14 micros áreas interiores com objetivo qualificar a atenção à saúde do idoso na UBS que hoje conta com um total 435 idosos. Porém, só 403 deles foram cadastrados a longo da intervenção, sendo ao início do primeiro mês 171 cadastrados (39,3 %), no segundo mês atingindo 73,3% com 319 idosos cadastrados e no final do terceiro mês atingimos 92,6% com 403 idosos que foram cadastrados e monitorados, alcançando resultados maiores ao final da intervenção que a meta estabelecida no projeto que era atingir um 90 % do cadastro dos idosos da área abrangência no município. (Figura 1).

Nosso trabalho foi encaminhado de um jeito muito bem organizado, pois foram feitas umas pastas habilitadas para organizar o registro de todos idosos da área abrangência. Na UBS foram coletados todos os dados e preenchida a coleta dos mesmos de forma individual, o que facilitou o cadastro deles. Foi desenvolvido pela

equipe nas visitas domiciliares e atendimentos médicos o esclarecimento à comunidade da importância de nossa intervenção para ter um melhor controle do estado de saúde do idoso baseando-se na Política Nacional de Humanização.

A ações que mais auxiliaram no monitoramento e cadastro dos idosos do início foi a facilidade de acesso que os mesmos tinham para entrar no programa através dos ACS que foram capacitados no cadastro, acolhimento, e acompanhamento deste grupo etário. O desempenho dos ACS ao longo de nossa intervenção foi um papel importante, pois foram cadastrados quase todos deste grupo por eles ao final da intervenção.

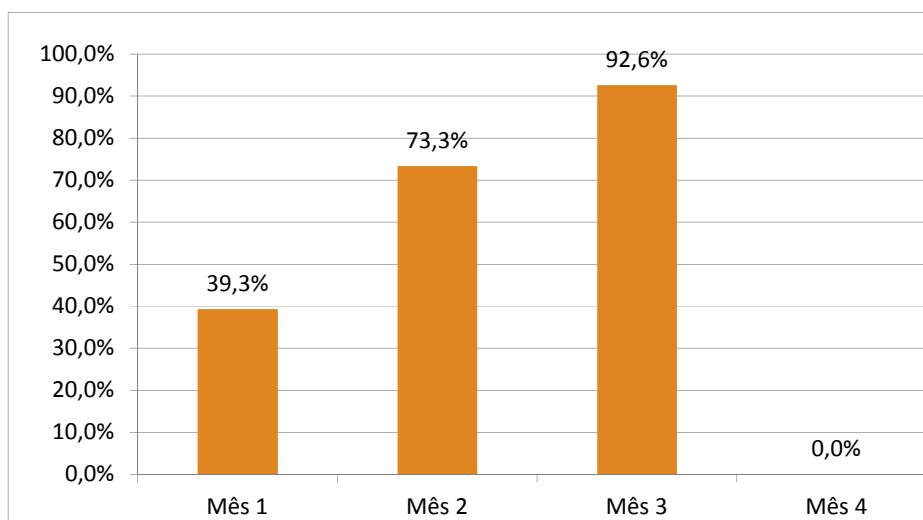


Figura 1. Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde. Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção à saúde do idoso na UBS.

Meta 2.1: Realizar Avaliação Multidimensional rápida de 100 % dos idosos da área de abrangência utilizando como modelos as propostas de Avaliação do Ministério da Saúde.

Indicador 2.1: Proporção dos idosos com Avaliação Multidimensional rápida em dia.

Ao início do primeiro mês, fizemos avaliação multidimensional rápida em dia à 68 idosos de 171 cadastrados com uma cobertura de 39,8%, depois no segundo mês foram avaliados 97 de um total de 319 idosos cadastrados com uma cobertura

de 30,4% e no terceiro mês chegamos a avaliar um total de 167 de 403 com uma cobertura final de 41,4% dos idosos que entraram no programa (figura 2).

A dificuldade encontrada foi com relação a aplicação da avaliação pelos ACS que foram capacitados e treinados na realização da mesma, mas apresentaram dificuldades na hora do preenchimento da tabela. Então, foi decidido pela equipe que esta função faria parte do atendimento médico de rotina. Agora, é feito desse jeito na unidade de saúde, com o objetivo de melhorar o resultado alcançado que foi inferior em relação a meta estabelecida que era 100% para este indicador.

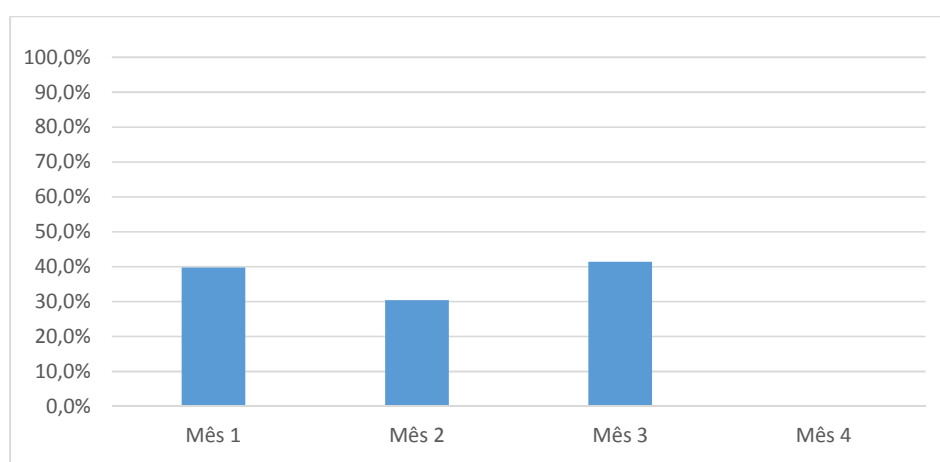


Figura 2. Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.
Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção à saúde do idoso na UBS.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso além da medição da sensibilidade nas consultas aos usuários diabéticos.

Indicador 2.2: Proporção de idosos com exame clínico apropriados em dia.

Ao longo da intervenção de 171 idosos 122 tinham exame clínico apropriado no primeiro mês com uma cobertura de 61,3%, no segundo mês de 319 cadastrados 211 tinham exame clínico em dia com uma cobertura de 66,1%, no terceiro mês de 403 idosos 283 idosos tinham exame clínico, representando uma cobertura final de 70,2%, não se atingindo o percentual da meta estabelecida proposta que fica em 100% para este indicador (figura 3).

Para desenvolver este indicador foram feitas ações que auxiliaram o monitoramento e a realização do exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade de saúde, definindo as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de todos os idosos que precisaram ser avaliados, garantindo desse jeito que um grande número deles tivessem os exames ao dia. Fizemos agendas do trabalho para acolher e procurar aos idosos, além disso, foram capacitados todos os integrantes da equipe no registro dos procedimentos clínicos na hora das consultas. A falha ou motivo que não foi cumprido esse indicador foi o grande número de idosos que são faltosos a consultas agendadas e outros deles que não foram achados na hora das visitas domiciliares. Hoje, no nosso serviço se trabalha direito com estas pessoas maiores de 60 anos na recepção, tentando conseguir atingir a meta estabelecida no projeto e por enquanto, hoje em dia, faz parte dos atendimentos esta prioridade.

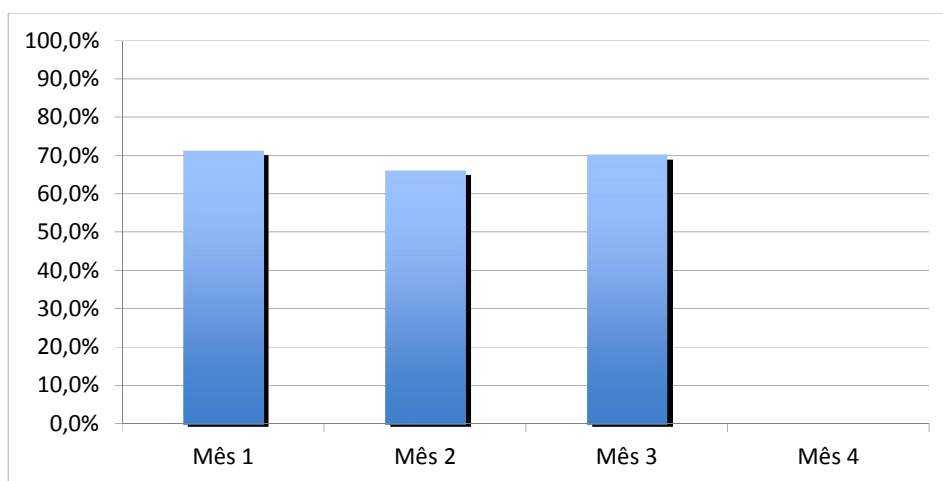


Figura 3. Proporção de idosos com exame clínico apropriados em dia.
Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção à saúde do idoso na UBS.

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.

Ao longo da intervenção no primeiro mês tivemos um total de 105 idosos que foram hipertensos e/ou diabéticos deles 98 tinham solicitação de exames

complementares periódico em dia com uma cobertura de 93,3%; no segundo mês a amostra aumentou para 198 idosos hipertensos e/ou diabéticos e deles 174 tinham solicitação de exames complementares periódico em dia com uma cobertura de 87.9%; ao final da intervenção tínhamos um total de 241 idosos são diabéticos e hipertensos com exames complementares periódicos em dia e 217 tinham solicitação de exames complementares periódico, alcançando ao final da intervenção uma cobertura na área adstrita de 90% a qual não atingiu a meta proposta que fica em 100% (figura 4).

Foram desenvolvidas uma série de ações que auxiliaram desenvolvimento deste indicador durante a intervenção. As capacitações com a equipe foram de muito valor em relação ao monitoramento de exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na UBS com a periodicidade recomendada, sendo de muita importância as visitas domiciliares na procura de esses usuários faltosos e a consulta, o que facilitou conseguir pelas conversas a realização dos mesmos. O que atrapalhou o resultado desse indicador foram os idosos faltosos a consultas médicas.

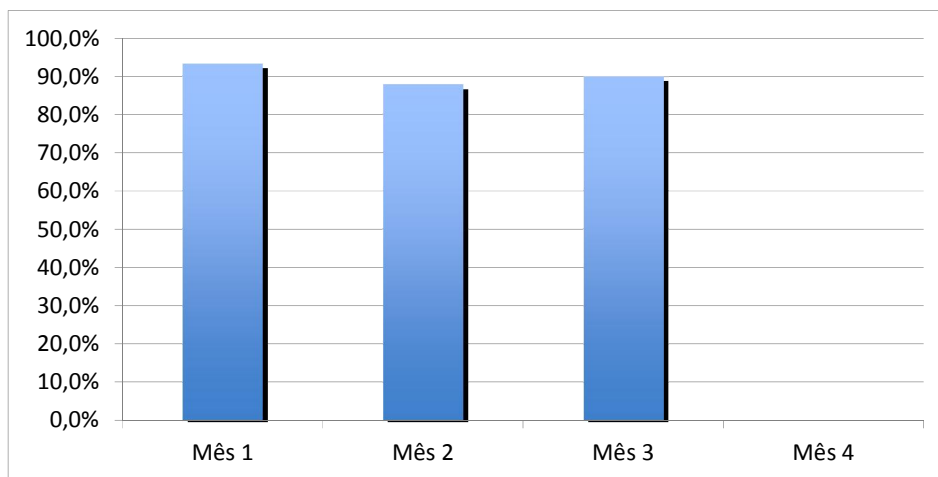


Figura 4. Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção à saúde do idoso na UBS.

Meta 2.4: Monitorar e registrar todos os idosos acompanhados que receberam prescrições de medicamentos na farmácia popular priorizada.

Indicador 2.4: Proporção do idosos com prescrição de medicamentos da farmácia popular.

Ao longo da intervenção no início do primeiro mês foram 171 idosos cadastrado no programa e deles 157 receberam prescrições de medicamentos na farmácia popular priorizada com uma cobertura de 91,8%; no segundo mês chegamos a ter 319 idosos cadastrados no programa e deles 293 receberam prescrições de medicamentos na farmácia popular priorizada com uma cobertura de 91,8%; terminando no terceiro mês com um total de 403 idosos cadastrados e deles 366 receberam prescrições de medicamentos na farmácia popular priorizada, alcançando ao final da intervenção uma cobertura na área adstrita de 90,8%, percentual que fica pertinho da meta proposta estabelecida que era 100% (figura 5).

Conseguimos articular com os trabalhadores da farmácia popular, monitorar a todos os idosos da área adstrita, levando um controle numa pasta com o nome completo e endereço dos usuários que tem prescrições de medicamentos na mesma. Porém, faltou registrar aqueles que pegam os remédios em farmácias particulares ou fora de nossa área, o que atrapalhou e dificultou o resultado final desse indicador.

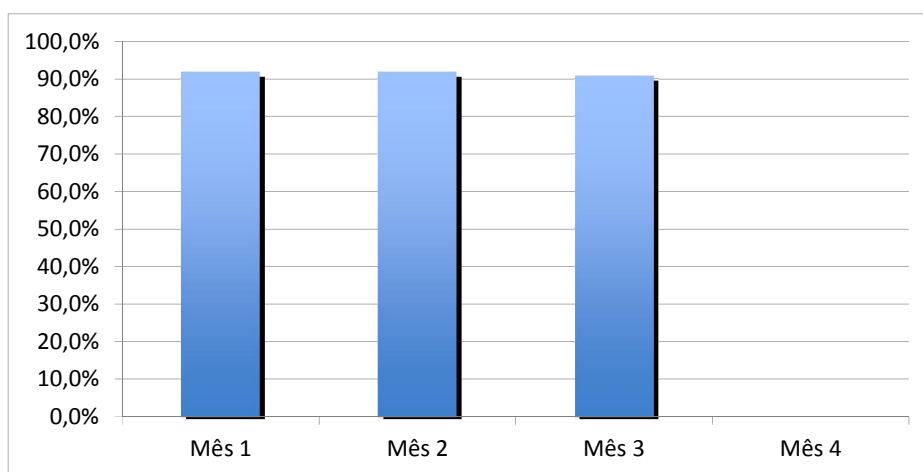


Figura 5. Proporção do idosos com prescrição de medicamentos da farmácia popular.
Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção à saúde do idoso na UBS.

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

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

A longo da intervenção foram cadastrados no primeiro mês 8 idosos acamados ou com problemas de locomoção com uma cobertura de 100%; no segundo chegamos a ter 14 idosos cadastrados acamados ou com problemas de locomoção com uma cobertura de 100%; terminando no terceiro mês com um total de 17 idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa, alcançando ao final da intervenção uma cobertura na área adstrita de 100% que ficou certo para meta proposta estabelecida.

Conseguimos monitorar e registrar todos os idosos acamados e/ou com problemas na locomoção, dando prioridades aos mesmos. A ação que mais facilitou o desenvolvimento deste indicador foram as capacitações com ACS, treinando os mesmo no cadastramento de 100% dos usuários com este tipo de dificuldade na área abrangência.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção à saúde do idoso na UBS.

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

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

A longo da intervenção foram visitados no primeiro mês 8 idosos acamados ou com problemas de locomoção com uma cobertura de 100%; no segundo chegamos a ter 14 idosos visitados acamados ou com problemas de locomoção com uma cobertura de 100%; terminando no terceiro mês com um total de 17 idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa e todos receberam visitas domiciliares nos três meses, alcançando ao final da intervenção uma cobertura na área adstrita de 100% das visitas domiciliares feitas por nossa equipe.

Foram monitorados 100% dos idosos acamados e ou com problemas na locomoção, pois foi bem acompanhado pelos ACS que foram capacitados no cadastro e identificação dos que necessitaram ser acompanhados no seu domicilio. Aqui um papel muito importante, foram as orientações oferecidas a comunidade e micro áreas do nosso município sobre a disponibilidade de solicitar visitas domiciliares aos idosos que apresentaram esta situação de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção à saúde do idoso na UBS.

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

Indicador 2.7: Proporções de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta.

Ao longo da intervenção no primeiro mês tínhamos 171 idosos residentes na área abrangência cadastrados e deles 162 com verificação da pressão arterial na última consulta com uma cobertura de 94,7%; no segundo mês chegamos a cadastrar 319 idosos que formavam parte do programa e deles 301 com verificação da pressão arterial na última consulta com cobertura 94,4%; no terceiro mês terminamos com um total de 403 idosos que entraram no programa e deles 374 com verificação da pressão arterial na última consulta, alcançando ao final da intervenção uma cobertura na área adstrita de 92,8%, percentual que não ficou certo com a meta estabelecida proposta que fica em 100% para esse indicador (figura 6).

Foram desenvolvidas ações que auxiliaram ao monitoramento e verificação da pressão arterial na hora dos atendimentos nas pré consultas e visitas domiciliares, pois se mensuravam os sinais vitais pela enfermeira que incluiu a medicação da pressão arterial. Outra ação que ajudou ao desenvolvimento deste indicador foram capacitações e treinamento aos integrantes da nossa equipe na verificação da pressão arterial desses velhinhos. O que dificultou, para o não cumprimento da meta estabelecida, foram os idosos faltosos em consulta.

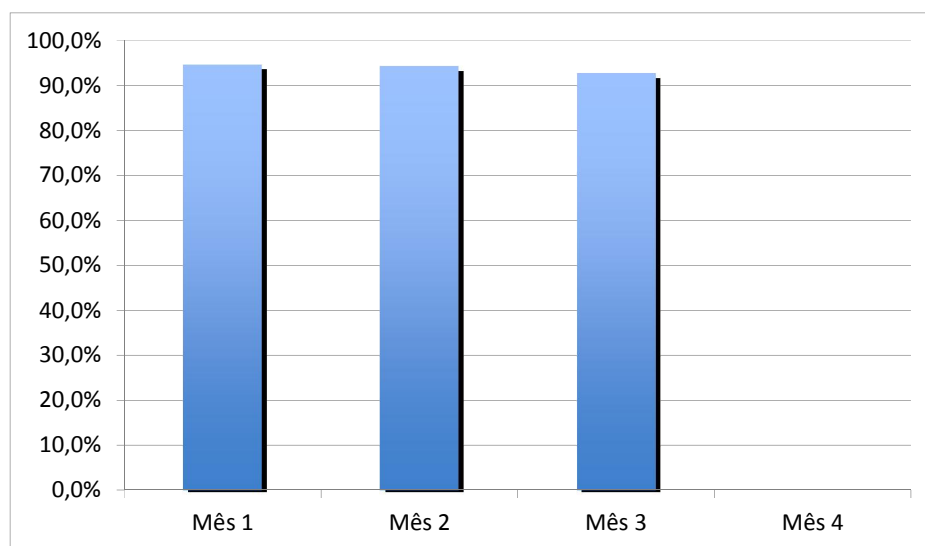


Figura 6. Proporções de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção à saúde do idoso na UBS.

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

Indicador 2.8: Proporções de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

A longo da intervenção no primeiro mês iniciamos com 59 idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM) deles 53 foram rastreados para diabetes com uma cobertura de 89,8%; no segundo mês chegamos a ter 104 idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM) com uma cobertura de 82,7%; terminando no terceiro mês com um total de 134 idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM), alcançando ao final da intervenção uma cobertura na área adstrita de 91,0%, indicador que não ficou certo com a meta estabelecida que fica em 100% (figura 7).

Ações desenvolvidas auxiliaram ao monitoramento dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM), como capacitação dos ACS na mensuração da pressão arterial, assim como na orientação da comunidade sobre a importância do rastreamento para DM naqueles usuários com pressão maior de 135/80 mmHg. Além disso, foram capacitados os integrantes da equipe para a realização do hemoglicoteste que facilitou o desenvolvimento desse indicador, o qual forma parte da rotina de nosso trabalho na unidade de saúde. A dificuldade em cumprir com a meta proposta, foi com os usuários faltosos a consultas e os não achados nas visitas domiciliares, mas foi solicitada a busca ativa pelos ACS para tentar conseguir a medição de pressão arterial e fazer teste rápido de glicose a todo eles.

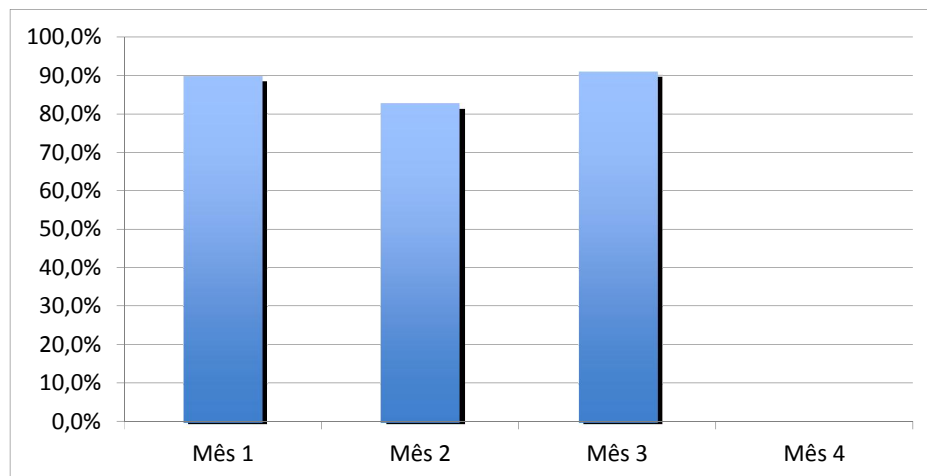


Figura 7. Proporções de idosos hipertensos rastreados para diabetes.
Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção à saúde do idoso na UBS.

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

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

Ao longo da intervenção no primeiro mês foram cadastrados 171 idosos, deles 57 receberam avaliação da necessidade de atendimento odontológico com uma cobertura de 33,3%; no segundo mês este indicador mostrou-se mais baixinho, pois de 319 idosos cadastrados 90 receberam avaliação da necessidade de atendimento odontológico com uma cobertura de 28,2%; finalizando no terceiro mês com um total 419 usuários idosos, deles 115 receberam avaliação da necessidade de atendimento odontológico, alcançando uma cobertura de 28,5%, percentual que ficou baixo para este indicador (figura 8).

Foram desenvolvidas ações que auxiliaram o desenvolvimento deste indicador, se monitorou a necessidade de atendimento odontológico pela dentista de todos os idosos que foram a consulta odontológica, se organizou um cadastro único das pessoas que entraram no programa, levando uma agenda de saúde bucal e um controle de todos aqueles que ainda não tem uma avaliação odontológica, para garantir o desenvolvimento deste indicador. Vale a pena sinalar que o serviço de odontologia da UBS não existe um cronograma de consultas programáticas, os usuários são atendidos geralmente a livre demanda quando precisam de atendimento odontológico ou apresentam uma emergência, os mesmos recebem esse

atendimento. Como estratégia para melhorar este indicador, os ACS de saúde foram capacitados para realizar avaliação bucal encaminhando a todas estas pessoas ao serviço de odontologia de nossa UBS para ser avaliados.

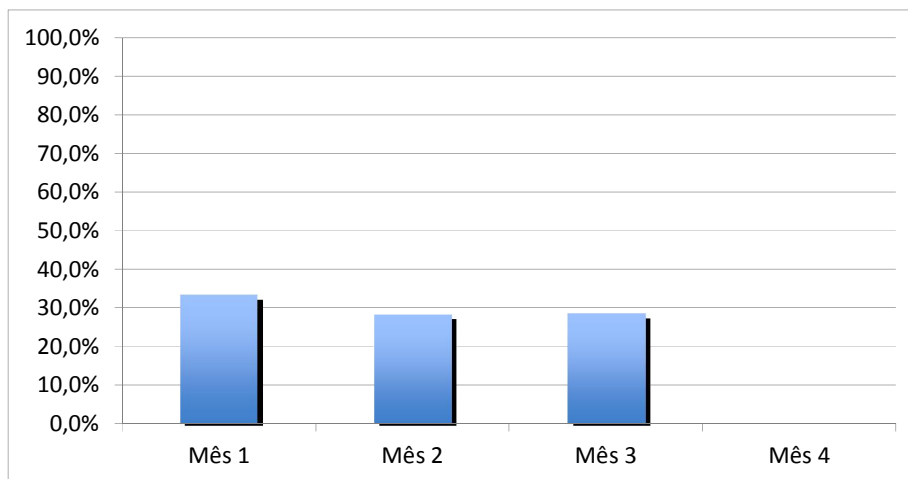


Figura 8. Proporções de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção à saúde do idoso na UBS.

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

Indicador 2.10: Proporções de idosos com primeira consulta odontológica programática

A longo da intervenção do início 171 idosos foram cadastrados deles 44 tiveram primeira consulta odontológica programática com uma cobertura de 25,7%; no segundo mês atingimos cadastrar 319 idosos deles 64 com primeira consulta odontológica programática com uma cobertura de 20,1%; finalizando a intervenção com um total de 403 idosos cadastrados deles com primeira consulta odontológica programática 68 alcançando ao final da intervenção uma cobertura na área adstrita de 16,9%, percentual que ficou baixo em relação com a meta estabelecida (figura 9).

Foram desenvolvidas ações que auxiliaram o desenvolvimento de indicador, pois se monitorou avaliação da necessidade de atendimento odontológico pela equipe que organizou o cadastro e acolhimento dos idosos na unidade de saúde. Além disso, foi organizada uma agenda de saúde bucal para os atendimentos deste grupo de pessoas, informando sempre a necessidade e importância da saúde bucal. A equipe também foi capacitada para realizar avaliação da necessidade do tratamento odontológico. Porém, vale a pena sinalar que o serviço de odontologia da UBS não

existe um cronograma de consultas programáticas, os usuários são atendidos geralmente a livre demanda quando precisam de atendimento odontológico ou apresentam uma emergência, os mesmos recebem esse atendimento.

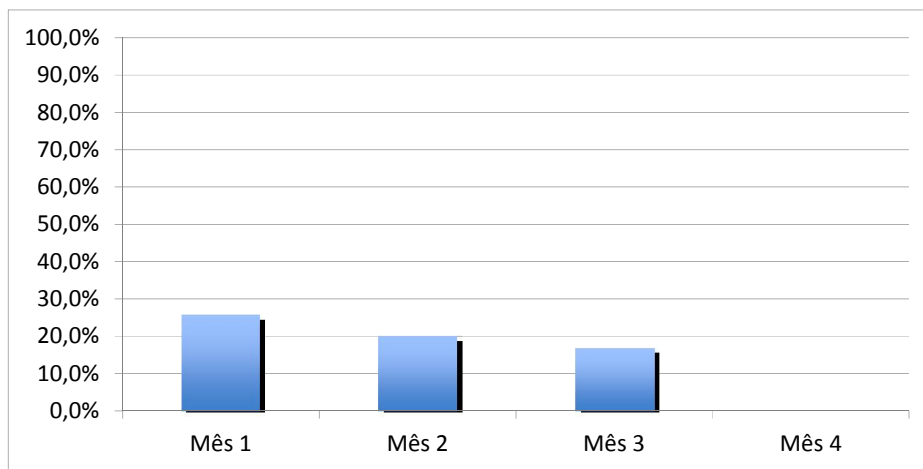


Figura 9. Proporções de idosos com primeira consulta odontológica programática.
Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

Objetivo 3: Melhora a adesão do usuário idoso ao programa.

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

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

Ao longo da intervenção, no primeiro mês foram cadastrados 171 idosos, deles 12 faltosos a consultas e 11 deste mesmo grupo receberam busca ativa com uma cobertura de 91,7%; no segundo mês continuamos a intervenção chegando a cadastrar 319 idosos deles 27 faltosos a consultas dos mesmos 19 receberam busca ativa; finalizando no terceiro mês com total de 403 idosos, tínhamos 92 faltosos a consulta destes 84 receberam busca ativa com uma cobertura na área adstrita de 91,3% dos idosos faltosos às consultas programadas, percentual que ficou baixo em relação com a meta estabelecida que fica num 100% para este indicador (figura 10).

Fizemos ações que auxiliaram desenvolver este indicador: foram orientados aos ACS que bem ficam envolvidos com a população a busca ativa de todos idosos faltosos a consultas. Nossa equipe, na hora das visitas domiciliares tomou como estratégia deixar consulta programáticas agendadas com familiares e conviventes do domicílio com a finalidade de resgatar todos os idosos que entraram no programa. Ao fim do trabalho, não foi possível atingir 100% da meta estabelecida devido as

dificuldades enfrentadas, como idosos faltosos a consultas e alguns deles que não foram achados na hora das visitas domiciliares.

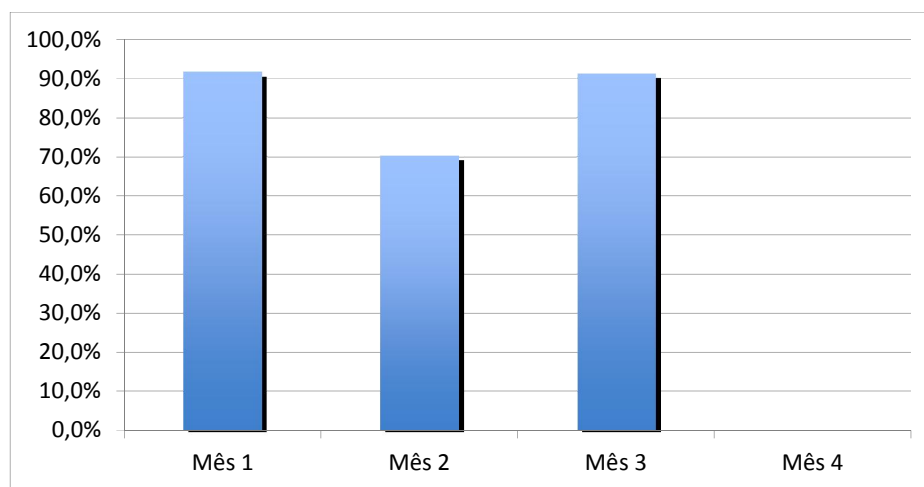


Figura 10. Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa.
Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações do usuário idoso na UBS.

Meta 4.1: Manter registro específico de 100% da pessoa idosas.

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

Ao longo da intervenção, no primeiro mês foram cadastrados 171 idosos e deles 142 com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia uma cobertura de 83,0%; no segundo mês se cadastraram 319 idosos deles 230 com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia, uma cobertura de 72,1%; no terceiro mês se cadastraram um total de 403 deles 314 com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia, alcançando ao final da intervenção uma cobertura 77,9% na área adstrita, percentual baixo em relação meta estabelecida para este indicador que fica num 100% (figura 11).

Muitas ações auxiliaram ao desenvolvimento deste indicador foram monitorados a qualidade dos registros feitos na UBS implantando planilhas e registros específicos de acompanhamento do atendimento dos idosos as quais hoje formam parte do mesmo e ficam bem juntas aos prontuários na hora da consulta, levando um controle e registro que visualize situações de alerta enquanto atraso das consultas, realização de exames complementar, assim como os demais procedimentos preconizados no programa. Este indicador foi dificultado, já que os ACS que foram capacitados no preenchimento desta ficha apresentaram dificuldades na hora de

fazer, o que motivou a tomar a decisão que esta ficha de espelho fosse preenchida pelos médicos, sendo hoje uma realidade de nosso serviço de saúde.

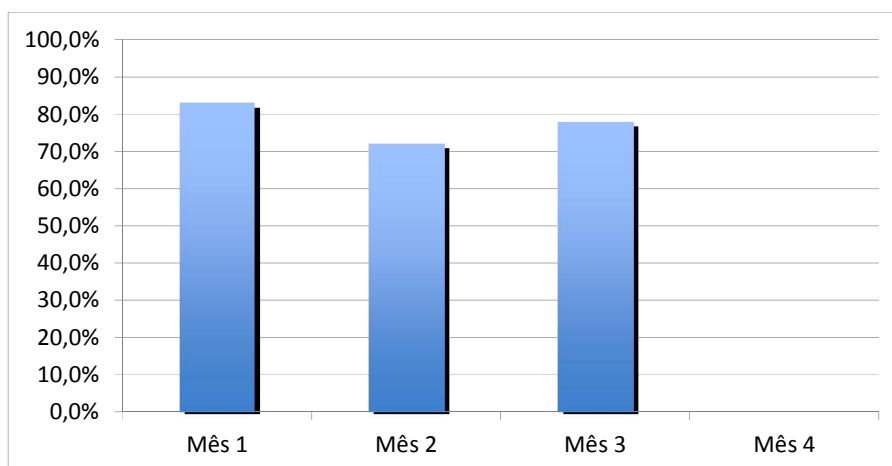


Figura 11. Proporção de idosos com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia. Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações do usuário idoso na UBS.

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

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

Ao longo da intervenção, conseguimos que todos os 171 idosos cadastrados no primeiro mês tivessem uma caderneta de saúde, indicador que ficou com um 100%. Continuamos a intervenção no segundo mês, cadastrando 319 idosos, os quais receberam sua caderneta de saúde com uma cobertura de 100%; finalizando o terceiro mês com um total de 403 idosos cadastrados aos quais se lhe assignou uma caderneta de saúde cada também a cada um deles, alcançando ao final da intervenção uma cobertura na área adstrita um 100% do cumprimento da meta estabelecida para esse indicador.

Ações desenvolvidas auxiliaram este indicador, pois foi feito um monitoramento e registro das cadernetas de saúde das pessoas idosas por parte dos ACS que foram capacitados para o preenchimento da mesma que hoje ficam na recepção da nossa unidade de saúde. Foi bem fácil este indicador, já que a secretaria de saúde imprimiu todas as cadernetas dessas pessoas maiores de 60 anos que é muito importante na hora dos atendimentos.

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: Proporções de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.

Ao longo da intervenção no primeiro mês de 171 idosos cadastrados no programa 42 deles receberam avaliação de risco para morbimortalidade em dia com uma cobertura de 24,6%; no segundo mês se cadastraram 319 idosos deles 69 com avaliação de risco para morbimortalidade em dia com uma cobertura de 21,9%; finalizando no terceiro mês com 403 idosos cadastrados deles 112 com avaliação de risco para morbimortalidade em dia, alcançando ao final da intervenção uma cobertura na área adstrita de 27,8%, percentual que ficou baixo em relação com a meta estabelecida que fica num 100% para este indicador (figura 12).

Ações de saúde auxiliaram o desenvolvimento deste indicador tal como capacitação dos profissionais e ACS para identificação e registro de fatores de risco, conseguindo-se monitorar aos idosos de maior risco de morbimortalidade, priorizando os atendimentos deles, o que foi feito na realidade em nosso serviço. Um percentual deles não tem avaliação de risco para morbimortalidade em dia, pois esses usuários faltosos a consultas atrapalharam os resultados dos indicadores em geral.

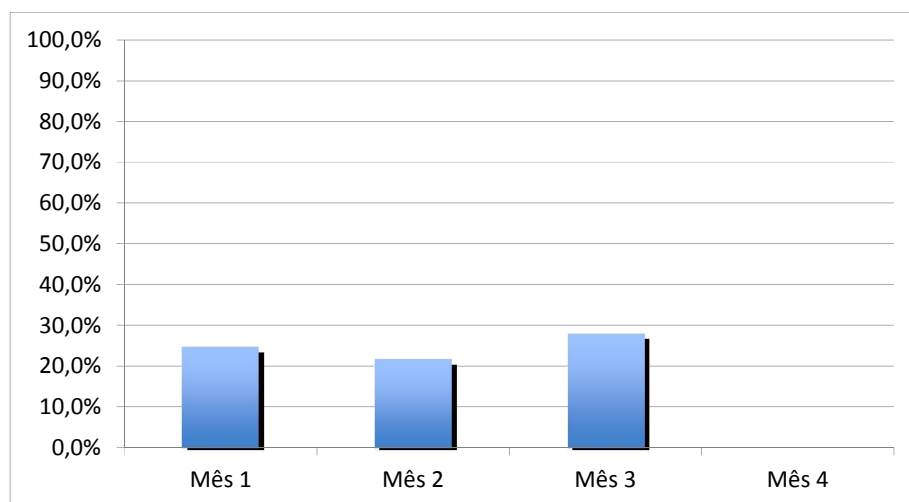


Figura 12. Proporções de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.
Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

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

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

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

Ao longo da intervenção, no primeiro mês tínhamos acompanhados 171 idosos cadastrados no programa deles 96 com avaliação para fragilização na velhice em dia com uma cobertura de 56,1%; no segundo mês atingimos o cadastro de 319 pessoas deste grupo e deles 151 com avaliação para fragilização na velhice em dia com uma cobertura de 47,3%; finalizando no terceiro mês com um total de 403 idosos cadastrados deles 212 com avaliação para fragilização na velhice em dia, alcançando ao final da intervenção uma cobertura na área adstrita de 52,6%, percentual que ficou baixo em relação com a meta estabelecida que fica em 100% para esse indicador (figura 13).

Ação que mais auxiliou este indicador foi o monitoramento e número de idosos investigados os quais foram priorizados nos atendimentos, além de desenvolver visitas domiciliares que facilitaram o conhecimento da importância desta avaliação. O motivo que não facilitou o desenvolvimento deste indicador ao máximo foram os idosos faltosos a consultas, assim como aqueles que foram acompanhados só pelos ACS e ficaram sem esta avaliação a qual foi decisão da equipe que fosse feita pelos médicos da unidade de saúde, o que se realiza de forma continua nosso serviço nos atendimentos atualmente.

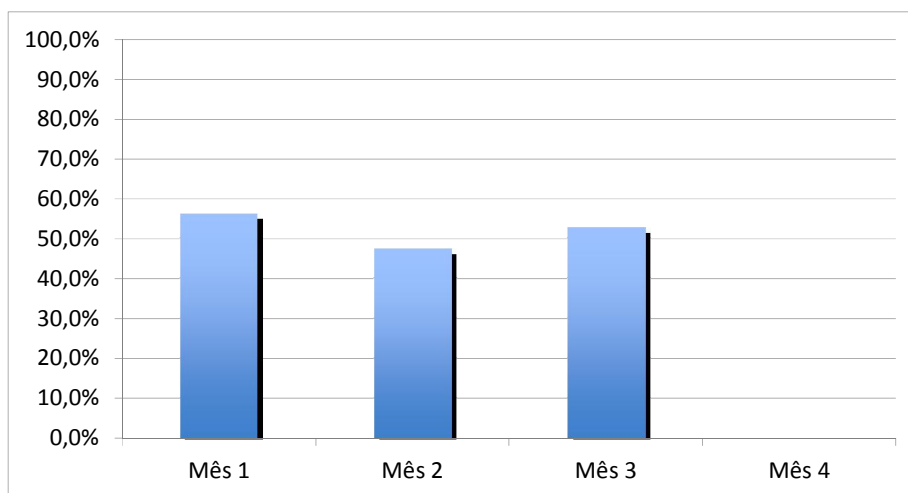


Figura 13. Proporções de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia.
Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

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

Meta 5.3: Monitorar e avaliar ao 100 % dos idosos com problemas ou dificuldades sociais na área abrangência do nosso município.

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

Ao longo da intervenção, no primeiro mês foram cadastrados do início 171 idosos deles 127 com avaliação de rede social ao dia com uma cobertura de 74,3%, no segundo mês chegamos a cadastrar 319 pessoas deste grupo deles 217 com avaliação de rede social ao dia com uma cobertura de 68,0%, finalizando no terceiro mês com 403 idosos cadastrados deles 258 com avaliação de rede social ao dia, alcançando ao final da intervenção uma cobertura na área adstrita de 64,0%, percentual que ficou baixo em relação com a meta estabelecida para este indicador que era 100% (figura 14).

Este indicador é auxiliado diretamente pelo trabalho social de nossa UBS que fica encaminhado àqueles usuários que precisam da avaliação da rede social pelas condições da moradia, condições econômicas entre outras. Vale destacar que foram passadas pelos médicos e psicólogos da ESF as informações dos casos sociais do município ao serviço CRAS que fica como centro referência ao lado de nossa unidade de saúde, onde são encaminhados os usuários que precisem ser avaliados. Ainda não existe um protocolo de atendimento que permita avaliar a todos os idosos da área abrangência e por isto a dificuldade com o indicador.

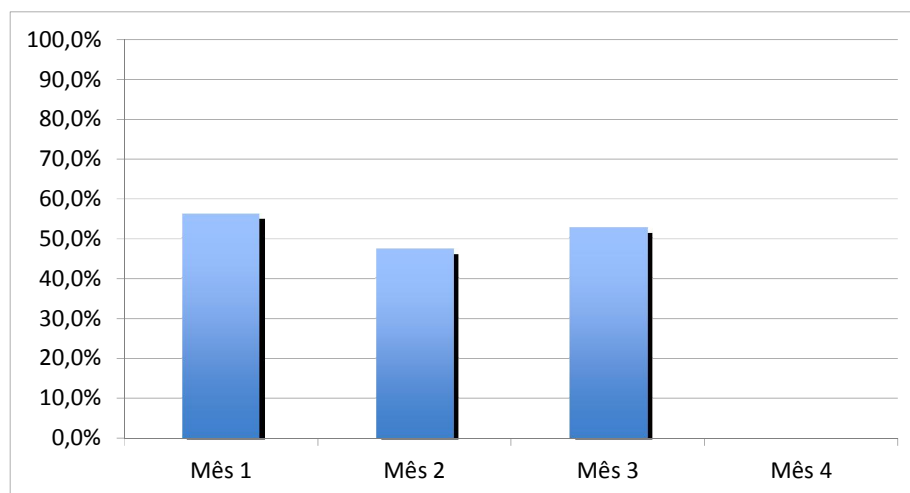


Figura 14. Proporção do idosos com avaliação de rede social ao dia.
Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

Objetivo 6: Promover a saúde bucal dos idosos.

Meta 6.1: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

Indicador 6.1: Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Ao longo da intervenção, no primeiro se cadastraram 171 idosos deles 44 com primeira consulta de odontologia programáticas e desse grupo 30 receberam orientação sobre higiene bucal com uma cobertura de 68,2%; no segundo mês se atingiram ao cadastro 319 idosos e deles 64 com primeira consulta de odontologia programáticas e desse grupo 37 receberam orientação sobre higiene bucal com uma cobertura de 57,8%; finalizando no terceiro mês, se cadastraram 403 idosos deles 68 com primeira consulta de odontologia programáticas e desse grupo 59 receberam orientação sobre higiene bucal, alcançando ao final da intervenção uma cobertura na área adstrita de 86,8%, percentual que ficou baixo em relação com a meta estabelecida que era 100% (figura 17).

Vale a pena sinalar que o serviço de odontologia da UBS não existe um cronograma de consultas programáticas, os usuários são atendidos geralmente a livre demanda quando precisam de atendimento odontológico ou apresentam uma emergência, os mesmos recebem esse atendimento e são orientados com os cuidados da saúde bucal na hora por parte da odontóloga da equipe. Além disto, muitos dos idosos são faltosos a consultas odontológicas o que atrapalha o desenvolvimento deste indicador. Nos atendimentos sempre fazemos ênfase na importância que tem a higiene bucal que garantirá uma saúde bucal adequada. Com relação ao serviço de próteses não funciona em nossa UBS, o serviço é feito particular.

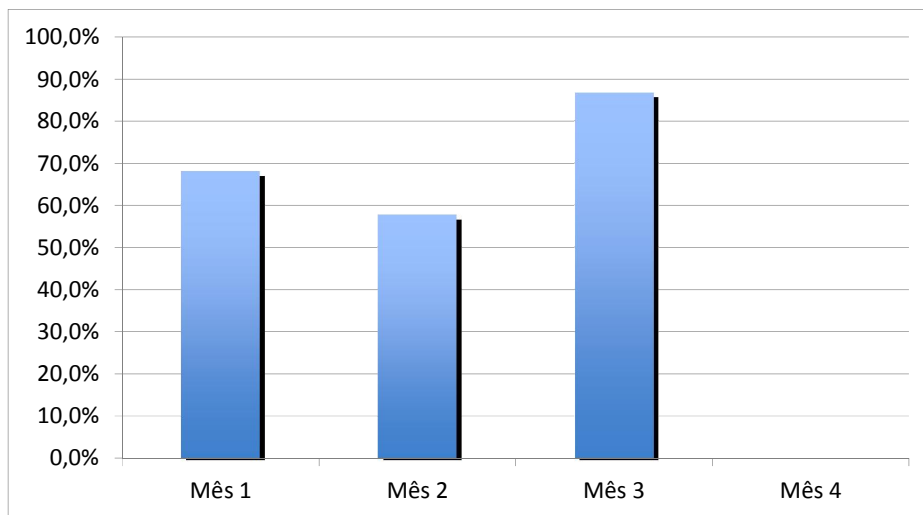


Figura 17. Proporção do idosos que receberam orientação sobre higiene bucal.
Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

4.2 Discussão

Depois obter e discutir os resultados da nossa intervenção em minha unidade básica de saúde, a mesma propiciou desenvolver todos os indicadores de saúde previsto no projeto. Alguns deles não atingiram as metas propostas, mas a mesma facilitou a ampliação da cobertura da atenção das pessoas idosas, conseguindo melhorar os registros e a qualificação da atenção à saúde deste grupo. Destaco o cadastro das pessoas idosas acamadas ou com problemas na locomoção que receberam visitas domiciliares programáticas agendadas e a livre demanda, além disso foram solicitados os exames complementares, fizeram exame clínico gerais nos atendimentos e visitas domiciliares, orientando-se a todos os idosos atendidos sobre a importância da prática da atividade física regular, assim como os bons hábitos nutricionais saudáveis.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento de todas as pessoas idosas da área abrangência com prioridade àqueles que sofrem de doenças crônicas como Hipertensão e Diabetes. Esta atividade promoveu o trabalho integrado por nossa equipe (médico, dentista, enfermeira, ACS, auxiliar de enfermagem e da recepção), além de facilitar ter uma visão mais ampla do que é o estado de saúde das pessoas idosas.

O objetivo mesmo do trabalho foi um impacto na unidade de saúde o qual fica direcionado a qualificar a atenção nas pessoas idosas, ficando como um impacto social na comunidade, trazendo muitas atividades que foram desenvolvidas no serviço na hora de oferecer atendimento de qualidade aos idosos. Na recepção chamou a atenção porque foram coletados uma série de dados que não existiam e fizeram um cadastro único atualizado e bem feito. Além disso, os idosos ficaram com curiosidade na hora dos atendimentos quando se falou que iam ter uma ficha de espelho que incluía avaliação multidimensional rápida e de risco para morbimortalidade que facilitava ter conhecimento do estado integral de saúde de muitos deles, coisa que não tinham conhecimento e nem escutado falar até esse momento. Também o serviço de odontologia ficou impressionado do jeito que nossa equipe focalizou e tentou encaminhar, procurando uma tentativa para melhorar este indicador (as consultas programáticas de odontologias) para poder conseguir a avaliação odontológica deste grupo etário.

Antes da intervenção, as atividades de atenção as pessoas idosas eram centralizadas na atenção médica da UBS, hoje na hora do desenvolvimento de nosso trabalho, foi feito por toda a equipe, assim, espalhou as responsabilidades de cada um dos integrantes para cumprir o objetivo de nossa intervenção. A intervenção reviu as atribuições da equipe, viabilizando a atenção à um maior número de pessoas deste grupo, isto facilitou o desenvolvimento de todos os indicadores de saúde que permitiram avaliar a saúde dos mesmos, além de que propiciou a melhoria do registro e o agendamento deste grupo, priorizando aqueles acamados e/ou com problemas na locomoção, viabilizando a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea e priorizando hipertensos e diabetes classificados de risco.

O impacto da intervenção foi bem percebido pela comunidade quando falamos sobre a intervenção pois incentivo aos idosos a envolver-se na sua saúde pessoal e pelas ações desenvolvidas na hora dos atendimentos e as visitas domiciliares.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde o início tivéssemos um trabalho com este grupo etário, permitindo discutir as atividades já desenvolvidas pela equipe e realizar nosso trabalho baseando-se nas dificuldades, tentando aperfeiçoar as ações que já eram desenvolvidas. Além disso, faltou uma melhor articulação da nossa equipe com algumas comunidades interiores, pois temos 14 micros áreas

interiores que não recebem atendimento direito. Nestes interiores, o contato com os usuários faltosos a consultas e com as famílias se torna mais difícil devido à distância. Eu faria de um jeito diferente a nossa intervenção, dando prioridade as comunidades mais vulneráveis e de difícil acesso na hora das visitas domiciliares, decentralizando mais ainda os atendimentos para poder ficar mais em contato com eles. Agora, percebo e acredito que a equipe está integrada, organizada e bem orientada em condições de incorporar a intervenção a rotina do serviço em toda a comunidade para a qual teremos que superar algumas das dificuldades encontradas.

A intervenção será incorporada a rotina do serviço. A viabilidade de incorporar a mesma ao serviço da unidade de saúde é bem fácil para nossa equipe, pois ficamos à disposição de melhorar os resultados obtidos na intervenção e aperfeiçoar aqueles já desenvolvidos para desse jeito melhorar a qualidade da atenção à saúde dos idosos. Para isto, temos que ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação a necessidade de priorização da atenção aos grupos específicos tais como hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco de morbimortalidade. Foi bem certo que as faltas de algumas informações em nossos registros acabaram prejudicando a coleta de vários indicadores atrapalhando os resultados dos mesmos

A partir do próximo mês como nossa UBS tem cobertura de ACS, nos encarregaremos de garantir 100% do cadastro dos idosos a este programa. Para conseguir, tomaremos estratégia na hora das visitas domiciliares, tentando que estas fiquem encaminhadas na busca ativa dos idosos não achados durante a intervenção para assim monitorar e cadastrar a todas as pessoas maiores de 60 que ficaram fora do programa na atualidade, seja por uma causa ou por outra. Além disto, vamos melhorar os indicadores conseguidos na intervenção, tentando atingir as metas propostas no projeto e dando continuidade a todos os indicadores de saúde e aperfeiçoar aqueles que ficaram abaixo de 100%. Tomando este projeto como exemplo, também pretendemos implementar o programa de Saúde da Criança.

Todas estas ações desenvolvidas ajudarem as pessoas idosas a mudar nos estilos de vida e hábitos saudáveis de cada um deles além de comprometer a equipe ao cumprimento de todas as ações propostas no projeto que garantiram uma saúde de qualidade neste grupo etário o que fica como desafio para nos.

5. Relatório da intervenção para gestores

A especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas, em parceria com a Universidade Aberta do SUS, tem como proposta o desenvolvimento de um projeto de intervenção na comunidade onde atuamos como médico identificando os problemas de saúde da população, procurando alternativas para solucionar cada um deles. O município Pinhal da Serra tinha indicadores baixos, na cobertura e qualidade, do atendimento aos idosos pela unidade básica e por isso

foi realizado um projeto de intervenção com foco na saúde do idoso, no período de 12 semanas de abril até julho do ano 2015.

No primeiro momento, foi informado ao gestor sobre os objetivos da intervenção, sendo esta pertinente aos interesses e necessidades da comunidade organizando as capacitações da equipe de acordo com nos protocolos SUS da assistência, a revisão dos registros e informações/orientações divulgadas no âmbito da comunidade. Além disso, foi repassada ao gestor toda a logística proposta bem como o desenvolvimento das ações a serem implementadas no serviço.

A intervenção promoveu o fortalecimento e vínculo com os usuários e a comunidade. Fizemos monitoramento e cadastro de quase todos os idosos moradores do município, dando prioridade aqueles que tinham problemas na locomoção ou ficavam acamados. Conseguimos falar de educação em saúde, onde se trataram temas de muita importância para este grupo etário, tais como alimentação saudável, a prática sistemática de exercícios físicos, fatores de risco para as doenças crônicas como hipertensão e diabetes, uso de medicamentos para tratamento de doenças mentais, assim como conseguimos falar de saúde bucal a qual foi um problema de grande magnitude em nossa intervenção.

É válido ressaltar que durante esta intervenção a equipe procurou 435 idosos, tendo monitorado e avaliado 403, atingindo a meta de cobertura proposta para esse indicador com 92,6%. Desses, 41,4% estão com avaliação multidisciplinar rápida em dia; 91% dos idosos cadastrados com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e rastreados para Diabetes Mellitus; 91,8% receberam prescrições de medicamentos na farmácia popular priorizada; conseguimos visitar 100% dos idosos acamados e com problemas de locomoção; 99% tiveram orientação para nutricional para hábitos saudáveis; 99,5% tiveram orientação para a realização de atividade física regular; 86,8% tiveram orientações para higiene bucal. As ações visaram tratamento individual e coletivo, visando o apoio da comunidade em geral. O serviço repercutiu em outros níveis da saúde, refletindo os cuidados, desde a saúde das doenças crônicas não transmissíveis como a diabetes e hipertensão.

A formação de grandes grupos/encontros à saúde do idoso, ajudou a realização das atividades de promoção. Atualmente, continua se desenvolvendo de forma a melhorar a saúde da população como direito.

A nível da gestão do município, centralizada na Secretaria de Saúde, na coordenação de unidades, esteve informada de todas as atividades envolvidas

diretamente na intervenção, no apoio à saúde do idoso desenvolvidas na comunidade. As ações contaram sempre com o apoio da coordenação das unidades e foram registradas e divulgadas pela imprensa local e pela rádio, visando disseminar informações a nível do município.

Na realidade hoje, a equipe e gestão da unidade constatam que a partir da logística da atenção integral ao idoso foram sanadas algumas das falhas na adesão ao cuidado, principalmente neste grupo de usuários, tentou-se realizar todas as consultas previstas em calendário/protocolo (SUS), entretanto as dificuldades achadas foram apontadas, inicialmente pela própria gestão e equipe. Ao início, existia pouca adesão pelas atividades de educação em saúde, as quais não tinham uma programação além disso, os idosos eram faltosos as consultas de odontologia, o que atrapalhou o desenvolvimento de nosso trabalho. Estamos conseguindo melhorar este indicador com o apoio dos ACS que encaminharam este atendimento. Neste momento, o tratamento odontológico é visto como parte essencial da atenção da saúde do idoso que desde a primeira consulta, já sabem da importância desse cuidado.

Conclui-se que a intervenção jamais teria alcançado os resultados obtidos se não houvesse o apoio efetivo da gestão e da unidade como um todo. As ações causaram uma grande mudança, sem o engajamento da gestão na implantação de um novo modelo mais amplo da assistência, certamente, não seriam tão eficientes os ganhos em todos os níveis, desde a equipe até a comunidade. Também solicitamos apoio para implementação de outros projetos, que tenham os mesmos objetivos de qualificação em outras áreas da saúde como saúde da criança, da mulher, dos usuários com hipertensão, diabetes e que almejem a qualificação dos profissionais e vire rotina na ESF.

6. Relatório da Intervenção para a comunidade

Através deste relatório fazemos saber a comunidade que durante 3 meses desde abril até julho, a equipe de saúde realizou uma intervenção direcionada a melhorar a saúde do idoso na área de abrangência da UBS. Vale ressaltar que nosso município tem 435 idosos, deles 403 foram cadastrados e acompanhados, sendo assim, só restam 32 que não foram achados na hora das visitas domiciliares e alguns deles faltosos a consulta, dificultando o cadastramento de todos eles.

Houve num primeiro momento a sensibilização da comunidade através do contato com lideranças comunitárias onde foi repassado a importância do acompanhamento do idoso, na tentativa de conseguir melhorias de vida através de um acompanhamento contínuo pela equipe da ESF.

Realizaram atividades educativas com grupos de idosos nas 14 comunidades do interior e na avenida do município, tratando-se temas de muita importância. Como também foi orientado sobre passar de forma periódica nas consultas médicas agendadas que permitiram um melhor monitoramento do estado de saúde de cada um dos idosos. Além disso, receberam informações relacionadas com uma alimentação saudável, prática sistemática de exercícios físicos, prevenção de fatores

de risco para doenças crônicas, como HAS e DM entre outras, uso de medicamentos racionais para tratamento de doenças mentais, como depressões e transtornos do sono, entre outras informações que ajudaram aos usuários a evitar novas doenças e manter compensados aquelas que já existiam.

Foi incentivado que todos os idosos procurassem a UBS, seja por algum problema de saúde ou em busca de orientações voltadas a manter o estado de sua saúde. Além disso, se conseguiu que muitos deles perguntassem como entrar no programa, já que a equipe divulgou a importância da intervenção para melhorar a qualidade da saúde das pessoas maiores de 60 anos. Isto facilitou o desenvolvimento da intervenção, o que viabilizou ter um registro individual de cada um deles e mediante o acolhimento, que facilitou o acompanhamento e controle adequado deste grupo. Para isto, foram realizadas visitas domiciliares diariamente aos idosos da área de abrangência pelas ACS e semanalmente pela equipe da ESF, priorizando os idosos acamados ou com problemas de locomoção. Aqueles faltosos a consultas que não compareciam na Unidade também foi procurado através de busca ativa, o que ajudou a ter um monitoramento dos que são moradores do nosso município. Os ACS tiveram um papel importante durante as visitas domiciliares, pois eles cadastravam os idosos e agendavam consultas para que procurassem a Unidade para realizar a avaliação integral de seu estado de saúde.

O serviço da saúde bucal junto a equipe foi uma das dificuldades sérias em nosso trabalho, pois os idosos iam a consulta só quando precisavam. Na realidade de hoje, procuramos um jeito para garantir um agendamento desse tipo de atendimento para as pessoas maiores de 60 anos.

O serviço está estruturado em parceria com os usuários e comunidade, e por meio desse trabalho em equipe, o desenvolvimento da assistência acontece sem maiores dificuldades o que permitiu oferecer saúde de qualidade na hora dos atendimentos.

Portanto, acredita-se que a continuidade deste trabalho terá uma importância relevante para a comunidade da área de abrangência da ESF, mas para que isto continue acontecendo precisamos do apoio de todos os integrantes da comunidade dessa faixa etária e de seus familiares que permitiram obter estes resultados alcançados. Além de que, entendemos que apostar no idoso é contribuir para um futuro saudável, para ter um envelhecimento de qualidade. Por isto, estamos aqui

hoje, contando o trabalho que foi desenvolvido e agradecendo a colaboração de todos nas atividades que foram desenvolvidas, ficando comprometidos em dar continuidade.

7. Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

O curso de Especialização em Saúde da Família foi de impacto para mim e ficou como um novo modelo de qualificação de meus estudos na parte profissional, pois não tínhamos vivências anteriores de ter feito algo similar. Desde o início, tinha traçado uma série de expectativas encaminhadas à aprendizagem, troca de conhecimentos adquiridos e experiências anteriores que facilitaram para aperfeiçoar e ter uma visão melhor das doenças mais comuns no Brasil.

Com o desenvolvimento do curso consegui a implantação de estratégias voltadas a prevenção e promoção de saúde, assim como oferecer um atendimento de mais qualidade aos usuários portadores de doenças crônicas como hipertensão e diabetes e outras. Vale a pena destacar, que apesar de ser desenvolvido a distância, ficamos bem ligados aos orientadores que muito bem desempenharam seu papel na hora de orientar a metodologia a seguir durante o desenvolvimento das atividades, o que permitiu atingir todas elas.

Para mim, as vivências foram positivas, pois fiquei motivado e curioso cada dia por aprender mais, mostrando meus interesses pessoais apesar de algumas dificuldades na hora de fazer algumas tarefas e na participação do fórum, pois naquele momento se falava de coisas novas para mim. Sempre me esforçando, consegui atingir ao final todas as tarefas que ajudaram a melhorar nosso nível profissional, além de incrementar meus conhecimentos mediante as conversas indireta com meus colegas, professores e orientadores.

Uma de minhas lindas vivências foi desenvolver o projeto comunitário baseado em ações programáticas mediante minha intervenção com as pessoas idosas, pois o mesmo trouxe um ganho quantitativo e qualitativo para saúde desse grupo etário,

porque foram desenvolvidos indicadores de saúde que facilitaram a avaliação integral do estado psíquico, físico e mental dessas pessoas.

Hoje fica como um bom sonho realizado, minhas expectativas, pois não acreditava que poderia chegar muito longe e consegui melhorar a qualidade de meus atendimentos com os conhecimentos adquiridos no curso, por isso acredito que o mesmo tem um grande valor como forma de educar e de ensinar.

Referências

BRASIL. Ministério de saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Caderno de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

GILLESPIE, L.D. et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. Cochrane Data-base, v.15, n.2, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Estimativas populacionais para municípios brasileiros. Rio Grande do Sul. I, 2012.

LUBITZ, J.; CAI, L.; KRAMAROW, E.; LENTZNER, H. Health, life expectancy, and health care spending among the elderly. N Engalando Jornal Medicine, v.349, n.1, p.1048-55, 2003.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Revista de Saúde Pública, v.43, n.3, p. 548-54, 2009.

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 Gastal 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.

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

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

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Assinatura do declarante