

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma7**



Trabalho de Conclusão de Curso

Melhoria da atenção à saúde dos idosos na UBS Barrinha, Matias Olímpio/PI

Rigoberto Perez Ramos

Pelotas, 2015

Rigoberto Perez Ramos

Melhoria da atenção à saúde dos idosos na UBS Barrinha, Matias Olímpio/PI

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

Orientadora: MsC. Andrieli Daiane Zdanski de Souza

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

R175m Ramos, Rigoberto Perez

Melhoria da Atenção à Saúde dos Idosos na UBS Barrinha, Matias Olímpio/PI / Rigoberto Perez Ramos; Andrieli Daiane Zdanski de Souza, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

74 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. Souza, Andrieli Daiane
Zdanski de, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho a Deus, por ter me dado forças, garra e perseverança para vencer mais este desafio. A minha família, que soube compreender minha ausência neste tempo e faz dos meus “sonhos” os seus objetivos de vida há mais de 30 anos.

Agradecimentos

A minha orientadora Andrieli Daiane Zdanski de Souza, pela disponibilidade, paciência e ajuda durante o curto tempo que tive para desenvolver este trabalho. Suas críticas e sugestões contribuíram para que um melhor resultado final pudesse ser obtido.

Aos meus colegas da equipe de saúde, aos gestores do município, equipe multidisciplinar e a comunidade que ajudaram na obtenção dos resultados do projeto.

A meus amigos de todas as horas, que sempre souberam ouvir minhas lamentações e apreensões, incentivando-me e ajudando-me a chegar até aqui.

Resumo

PEREZ, Rigoberto Ramos. **Melhoria da atenção à saúde dos idosos na UBS Barrinha, Matias Olímpio/PI.** 2015.73f. 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.

Este trabalho teve como objetivo melhorar a atenção à saúde dos idosos na Unidade Básica de Saúde Barrinha, Matias Olímpio/PI. A população alvo da intervenção constituiu-se de usuários acima de 60 anos e pertencentes da área de abrangência da unidade. Foram utilizados os instrumentos de avaliação propostos pelo Ministério da Saúde, tendo acesso a fontes de informação como prontuários, caderneta de saúde do idoso e cadastro familiar. Os dados foram coletados em uma ficha de coleta de dados criada pela equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde Barrinha. A intervenção ocorreu em um período de 12 semanas, nas quais foram realizadas atividades em que se visou melhorar a cobertura dos idosos, ocorrendo atividades distribuídas nos quatro eixos pedagógicos do curso: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Foi possível atingir a meta de 166 (100%) usuários da faixa etária com idade acima de 60 anos, com atenção odontológica continuada e avaliação multidimensional rápida. Os 166 (100%) idosos cadastrados concluíram a intervenção com exame clínico apropriado em dia e com verificação da pressão arterial. Em relação às doenças crônicas não transmissíveis (hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus), 111(100%) idosos tiveram solicitação de exames complementares em dia, 18 (100%) idosos acamados ou com problemas para se locomover foram avaliados e visitados no domicílio e 113 (68,1%) idosos tiveram prescrição de medicamentos da farmácia popular. Também realizou-se atividades de promoção de saúde com os 166 (100%) idosos cadastrados. Deve-se destacar o impacto do envolvimento da comunidade e fortalecimento das lideranças na implementação e sustentabilidade da intervenção, a melhora e fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional e a humanização da assistência em saúde.

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.	44
Figura 2	Gráfico: Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular	45
Figura 3	Gráfico: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.	55
Figura 4	Fotografia: UBS Barrinha Matias Olimpo, PI, 2015.	62
Figura 5	Fotografia: Avaliação clínica do idoso na UBS Barrinha, Matias Olimpo, PI, 2015.	62
Figura 6	Fotografia: Avaliação no atendimento odontológico do idoso na UBS Barrinha, Matias Olimpo, PI, 2015.	63
Figura 7	Fotografia: Visita Domiciliar do idoso na UBS Barrinha, Matias Olimpo, PI, 2015.	63
Figura 8	Fotografia: Visita Domiciliar do idoso com ACS na UBS Barrinha, Matias Olimpo, PI, 2015.	64
Figura 9	Fotografia: Visita Domiciliar na UBS Barrinha, Matias Olimpo, PI, 2015.	64

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos.

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
DM	Diabetes Mellitus
EAD	Educação a distância
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEl	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

Sumário

1	Análise Situacional.....	9
1.1	Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2	Relatório da Análise Situacional	9
1.3	Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	16
2	Análise Estratégica	17
2.1	Justificativa	17
2.2	Objetivos e metas	18
2.2.1	Objetivo geral	18
2.2.2	Objetivos específicos e metas	18
2.3	Metodologia	21
2.3.1	Detalhamento das ações	21
2.3.2	Indicadores	32
2.3.3	Logística	36
2.3.4	Cronograma	39
3	Relatório da Intervenção	40
3.1	Ações previstas e desenvolvidas	40
3.2	Ações previstas e não desenvolvidas	42
3.3	Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	42
3.4	Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	42
4	Avaliação da intervenção	42
4.1	Resultados	43
4.2	Discussão	51
5	Relatório da intervenção para gestores	55
6	Relatório da Intervenção para a comunidade	57
7	Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	59
	Referências	60
	Apêndice	61
	Anexos	65

Apresentação

O presente volume trata do Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel).

Este trabalho faz parte do Programa Mais Médico para o Brasil, criado em 2013. O programa atende a brasileiros que vivem em regiões que mais precisam de atenção básica à saúde, com ações voltadas a infraestrutura e expansão da formação médica e tem a finalidade de aperfeiçoar médicos na atenção básica à saúde em regiões prioritárias para o Sistema Único de Saúde (SUS), mediante oferta de curso de especialização (BRASIL, 2013).

Este volume aborda uma análise das práticas em Estratégia de Saúde da Família (ESF) desenvolvidas na Unidade Básica de Saúde (UBS) Barrinha, no município de Matias Olímpio/PI. Realizando esta análise é que se escolheu o foco da intervenção "Saúde do Idoso", com o intuito de melhorar à atenção à saúde dos idosos.

O volume está organizado em sete capítulos. Na primeira parte, intitulada análise situacional, foi realizado uma análise inicial da situação da UBS, um relatório de análise situacional e um texto comparativo entre a análise inicial e o relatório final. A segunda etapa é a análise estratégica, na qual escolhemos um foco para a intervenção, e a partir da sua definição elaboramos o projeto de atividade. O terceiro capítulo é o relatório da intervenção. Na quarta etapa, avaliação da intervenção, apresenta-se os resultados e a discussão. O quinto e sexto capítulo apresenta o relatório da intervenção para gestores e para a comunidade, respectivamente. Por fim, realizou-se uma reflexão crítica de todo o processo, analisando seus aspectos positivos e negativos.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A UBS Barrinha se encontra situada na área rural a 20 km do município Matias Olímpio, Piauí. Conforme dados do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), a UBS atende a população de 1.760 habitantes distribuídos em 11 povoados. A UBS foi criada há oito anos como resposta a uma indicação do Ministério da Saúde. Nela trabalhava uma equipe de saúde da família. A estrutura física da unidade não era boa, no ano de 2013 foi fechada para efetuar uma reforma na unidade.

A avaliação do componente ambiente físico na UBS não é satisfatória, pois tem limitações que interferem na manutenção da biossegurança, já que não tem uma área destinada para depositar os resíduos sólidos e material biológico, não dispõe de sala específica para procedimentos de descontaminação do instrumental, identificando-se também a aplicação de medicamentos injetáveis no mesmo espaço no qual é realizado os curativos.

O acesso a idosos e portadores de deficiências é um aspecto positivo da unidade, já que tem rampa de acesso, corredor amplo e protegidos e sanitários adaptados. A falta de recursos materiais como instrumental médico e materiais para pequenas cirurgias que influenciam sobre a qualidade da atenção aos usuários é um aspecto destacado. Ressalta-se ainda a insuficiência de materiais educativos, e de apoio (televisão, vídeo, computador, projetor digital, tela de projeção e outros equipamentos) que podem dificultar a realização de atividades de promoção à saúde e prevenção de agravos.

Outras deficiências é que a UBS tem uma área de abrangência muito dispersa, com assentamentos de populações a mais de 10 km, estradas em mal estado e limitações do transporte, o que dificulta o acesso da população.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município Matias Olímpio fica nas margens do Rio Parnaíba, ao norte do Estado do Piauí. Possui limite com os municípios de Luzilândia, São João do Arraial,

Campo Largo do Piauí e Brejo, no estado do Maranhão. Foi elevada a categoria de município e distrito com a denominação de Matias Olímpio em 29 de outubro de 1953, separando-se de Luzilândia. Possui uma população estimada em 2014 de 10.693 habitantes, sendo que mais da metade dos habitantes residem na zona rural do município (IBGE, 2010).

A extensão territorial é de 226.37 km² com uma densidade demográfica de 46.26 hab./km², no entanto ainda possui muitas áreas despovoadas. O clima caracteriza-se por possuir duas grandes estações: a chuvosa e a seca (IBGE, 2010). A cidade não possui um nível avançado de urbanização. As ruas não são pavimentadas com asfalto, mas com pedras. Mais de 90% da população é católica (IBGE, 2010), o principal acesso ao município se dá pela rodoviária que une o mesmo com Campo Largo e Luzilândia, três empresas de ônibus ligam a cidade a capital por rotas diferentes.

O município possui atualmente três Unidades Básicas de Saúde (UBS) situadas na área rural, cinco equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF): três equipes na área rural e duas na cidade. Possui um hospital municipal que atende casos simples, neste momento só presta atenção de urgência com médico plantonista. Os casos mais complexos são encaminhados a Esperantina e Teresina. Tem uma Farmácia Popular, uma academia da Cidade, uma Secretaria Municipal de Saúde, um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). O município não tem laboratório clínico, conta com um centro de coleta de sangue que neste momento só realiza exames das gestantes, porém não é possível realizar uma avaliação laboratorial de usuários com doenças agudas e doenças não transmissíveis.

A atenção especializada é através do SUS por meio de encaminhamento. As vagas são poucas e o tempo de espera é demorado, sendo que não existe contra referências, o que afeta à assistência médica. Os gestores de saúde trabalham neste momento para fornecer equipamento para o laboratório clínico e se se têm realizado coordenações com o município vizinho para a realização de exame. A equipe de ESF analisa semanalmente com os gestores os casos que requerem ser avaliados com prioridade.

A UBS de Barrinha, o local onde atuo, encontra-se situada na área rural a 20 km da cidade nas margens do rio Parnaíba. A via de acesso é uma estrada de chão batido que liga o município de Matias Olímpio a Brejo. Existem outros povoados e

assentamentos que estão situados em lugares mais afastados da estrada com uma via de acesso com as mesmas características da via principal.

Segundo a opinião da população, a UBS encontra-se mal localizada, pois fica no último povoado da área de abrangência, muito distante da maioria das localidades e não existe uma linha de ônibus para o transporte da população da área de abrangência que inicia no quilômetro cinco da estrada, o que dificulta a assistência das pessoas na UBS. No entanto, cabe destacar que as consultas de acompanhamento dos usuários de saúde nessas áreas são realizadas em visita domiciliar fundamentalmente a usuários acamados ou com dificuldade para se locomover.

Os outros usuários que não vão até à UBS são avaliados num local adaptado que foi uma antiga vivenda, equipada com os recursos médicos e mobiliários mínimos indispensáveis para oferecer assistência médica. Nesse local se realizam só consultas de acompanhamento. Procedimentos de enfermagem, cirúrgicos e outros procedimentos médicos da Atenção Básica de Saúde que requerem medidas de biossegurança são realizados na UBS e os usuários são transportados no veículo da equipe.

Na UBS trabalha uma equipe básica de saúde da família composta por um médico geral, um enfermeiro, uma técnica de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde (ACS), um dentista e uma Técnica de saúde bucal, todos os dias da semana em dois turnos. No ano anterior, a UBS contava com médico que só oferecia assistência um dia na semana na UBS.

Na atualidade, o trabalho se desenvolve com integração do SUS e a Universidade Federal de Pelotas através dos cursos de especialização, com a incorporação do médico ao curso de especialização em saúde da família e de três ACS num curso de atualização técnica. O enfermeiro e o dentista já estão matriculados na Especialização em Saúde da Família, o que oferece a população uma assistência de melhor qualificada e constitui uma maior fortaleza da UBS.

Neste momento contamos com uma excelente estrutura e ambiente físico, que segue os padrões estabelecidos pelo Ministério de Saúde no Brasil. Contamos com o mobiliário necessário para oferecer uma assistência médica de qualidade que dê resposta às necessidades da população atendida. Quanto à disponibilidade de equipamentos básicos para prestar assistência, destaca-se que no início a UBS não

tinha o instrumental médico necessário para realizar o atendimento de todas as demandas dos usuários de saúde, o que foi solucionado ao longo dos meses.

Quanto à disponibilidade de materiais/equipamentos de apoio para o desenvolvimento das atividades gerais na unidade, não existem instrumentos de comunicação, informatização e informática, não tem telefone fixo e não apresenta computadores funcionando com acesso à internet, impressora, televisão e aparelho de DVD o que afeta o adequado desenvolvimento das atividades de promoção de saúde e o controle estatístico dos casos. A UBS se auxilia de outros meios de ensino como álbum seriado, maquetes, murais informativos e outros meios para levar o conhecimento tendo em conta a população alvo.

Para os profissionais da equipe de saúde de Barrinha, compete dentro de suas atribuições conhecerem a realidade da área da abrangência. No início do ano de 2014 não existia um mapeamento da população, mas tinham bem identificadas as micro-áreas, indivíduos e famílias expostos à situação de risco, pois a equipe tem oito anos de trabalho nessa população, só que faltava um profissional médico com uma visão integral, levando em conta as famílias que a integram.

O impacto do trabalho da UBS é reconhecido pela comunidade e pelos gestores políticos de saúde do município, pois tem melhorado todos os indicadores de saúde. Neste momento as estratégias de trabalho são ampliadas para dar uma maior cobertura de atenção à população, com ações de educação e promoção de saúde, identificação de riscos e prevenção de agravos envolvendo os usuários de saúde na identificação dos problemas e a tomada de decisões para dar solução aos mesmos, com uma maior participação comunitária, fazendo uso de todos os espaços da comunidade.

Segundo os dados do SIAB 2010, a UBS Barrinha tem 440 famílias, com uma população de 1.760 habitantes, sendo que 100% das famílias estão cadastradas, distribuídos em onze povoados rurais, seis deles a uma distância de mais de 10 km da unidade básica de saúde.

Por meio de a visita domiciliar se tornou possível avaliar outras necessidades de cuidado no ambiente familiar, no qual foi possível detectar outros problemas de saúde na pessoa que foi, inicialmente, objeto de sua visita, como também identificar outras pessoas doentes na família e que precisavam ser assistidas.

O trabalho em equipe gerenciado por médico e enfermagem com ações específicas encaminhadas a realizar intervenções na comunidade tendo como alvo a

família, como unidade funcional e estrutural da sociedade, permitiu o desenvolvimento das atividades de promoção de saúde, planejadas, bem estruturadas, contínuas, com participação ativa da população, estimulando o debate e oferecendo aos usuários de saúde a possibilidade de identificar os problemas de saúde, e planejar em conjunto ações para obter mudanças do estilo de vida.

Para melhorar a qualidade da satisfação do usuário, é de fundamental importância saber acolhe-lo de forma integral. Neste momento os usuários que demandam os serviços de saúde na UBS, são acolhidos com a participação dos ACS, conhecedores da realidade e dos problemas.

Há dificuldade com a falta de instrumental cirúrgico do dentista, equipamento que afeta o trabalho da atenção odontológica, tendo em vista que os usuários que demandam atenção no dia não podem ser atendidos, além de não se oferecer atendimento odontológico especializado. A instabilidade dos serviços do dentista que no início prestava assistência na Unidade Hospitalar Municipal, muito distante da área de abrangência, unido à falta de educação e hábitos de higiene bucal arraigados na comunidade de origem rural tem sido um obstáculo para manter uma boa saúde bucal da população.

Neste momento a equipe de saúde bucal trabalha todos os dias na UBS, com um número maior de vagas e de atividades de promoção e prevenção individuais e coletivas. A estratégia a seguir de agora em diante é o trabalho em conjunto envolvendo todos os membros da equipe para o resgate da satisfação da população e alcançar as mudanças desejadas.

Na UBS, a equipe de saúde oferece atendimento de puericultura para todos os grupos etários, menores de um ano até 72 meses, com uma frequência semanal. O acompanhamento programado da criança está bem estabelecido pelas indicações do Ministério de Saúde no Brasil (BRASIL, 2012). Os ACS foram capacitados para detectar fatores de risco e orientar a família na modificação dos problemas de saúde detectada, esclarecer dúvida, detectarem suas necessidades, sinais gerais de perigo na criança e retroalimentar a equipe básica de saúde.

Segundo consta na caderneta de saúde da criança, os prontuários dos lactantes e os arquivos da UBS, no ano de 2013 a UBS de Barrinha teve um total de 26 nascimentos, destes dois foram de baixo peso ao nascer e dois partos antes das 37 semanas de gravidez. Além disso, 13 abandonaram o aleitamento exclusivo. Em entrevista com a população e com as famílias das crianças com idades abaixo de

um ano, elas falaram que na comunidade rural existe um mito que toda criança tem que tomar “mingau de goma” no primeiro mês da vida, portanto o aleitamento materno exclusivo tinha um indicador muito baixo.

A realidade está sendo modificada, pois a captação das crianças acontece o mais cedo possível (7 a 10 dias) após a alta da maternidade e 100% tem aleitamento materno exclusivo até seis meses de idade. Conforme os dados do caderno de ações programáticas (CAP), a UBS tem um total de 24 crianças com menos de um ano de idade o que representa uma cobertura de 92%. A UBS tem como estratégia de trabalho a identificação das crianças que precisam ser avaliadas pelos profissionais do NASF, discutir os casos nas reuniões de produção e planejar seu atendimento. Para o atendimento aos grupos de idade de 3 a 14 anos se planeja uma intervenção nas escolas, onde são avaliadas as crianças, previa coordenação com a equipe multiprofissional.

A UBS oferece atendimento a 18 gestantes cadastradas com uma cobertura de 68% conforme dados do CAP. Destas gestantes, duas têm menos de 19 anos e 3 com idade acima de 35 anos, 14 (78%) têm pré-natal iniciado no primeiro trimestre, a cobertura de vacinação é de 100%. Todas as gestantes realizaram o número ideal de consultas para garantir uma boa atenção ao pré-natal. O protocolo de atendimento para a gravidez de baixo risco criado pelo Ministério de Saúde é a ferramenta de trabalho da UBS, com um monitoramento e avaliação constante das ações e estratégias propostas e com a participação de todos os integrantes da equipe, com apoio do NASF.

Na UBS existe dificuldade para cumprir com o protocolo de câncer de mama, não existem dados de anos anteriores, além disso, neste município não estão criadas as estratégias para fazer a mamografia dos usuários que precisam deste exame. Não existe especialista para prestar atendimento aos casos que o requerem. O exame de mama é registrado no prontuário. O encaminhamento é pelo SUS, demora em ter resposta e não existe contra referência dos casos.

Embora ainda existam importantes limitações do trabalho, entre as mulheres com mais de 24 anos de idade, apenas 49% foram submetidas a exame preventivo de câncer de colo de útero e menos de 40% tem realizado mamografia em dia conforme dados do CAP, pelo que se atribui a baixa cobertura a presença de um médico que oferecia atenção na UBS só um dia na semana para atenção a demanda espontânea, sem ter um trabalho planejado de atenção a grupos de risco,

segundo os protocolos de saúde no Brasil, a falta de estratégia pela secretaria de saúde para realizar a mamografia, pois nosso município não tem estabelecido a realização do exame como rotina de trabalho e a falta de atividades de promoção de saúde encaminhada a grupos específicos, com o objetivo da identificação de riscos e a necessidade da realização do exame. Temos que reconhecer como aspecto importante que agora existe controle da população de risco e se trabalha no estímulo de exame e autoexame de mama.

É preocupante o fato de que somente 206 usuários têm diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) na UBS de Barrinha, para uma cobertura de 58% conforme o CAP. Destaca-se que é uma cobertura baixa. Atribuímos a baixa cobertura à forma de cadastramento da população, pelos ACS no ano anterior, sem supervisão dos profissionais de saúde da equipe, o que tem como resultado a não identificação da prevalência destas doenças na população, o seguimento do programa de hipertensão e diabetes no período anterior a intervenção foi feito pelo enfermeiro aos usuários de saúde que assistiam na UBS, as visitas domiciliares foram feitas as pessoas acamadas sem ter uma avaliação dos outros integrantes da família, não foram feitas pesquisas para a identificação de novas incidências pelo que os usuários com doenças crônicas não transmissíveis não identificados não tinham um controle adequado. Ahamos que ainda existem usuários que não tem diagnóstico da doença, expostos a riscos pela não prescrição de uma terapêutica adequada e não acompanhamento.

A equipe de saúde tem identificado um total de 57 diabéticos com acompanhamento integral e contínuo, a cobertura é de 56% conforme dados do CAP, muito baixa comparada com a realidade da área e com a alta incidência de fatores de risco. A forma de registro se comporta da mesma forma que com a HAS. Atualmente trabalha-se com a pesquisa e identificação dos usuários que ainda não são diagnosticados.

Conforme os dados do CAP, na área de abrangência da UBS Barrinha, a estimativa de pessoas na faixa etária acima de 60 anos tinha que ser 187 idosos, o que não corresponde com a realidade atual na área de saúde. Em relação ao envelhecimento, os ACS fizeram uma atualização do total de idosos e com isso concluímos que neste momento existem cadastrados 163 idosos que corresponde ao total de usuários com mais de 60 anos morando na área de abrangência da UBS, o que representa uma cobertura de 87%. Destes idosos, 98 (60%) possuem

acompanhamento em dia, 53 (33%) tem avaliação da saúde bucal, 90 (55%) possuem caderneta de saúde da pessoa idosa e 103 (63%) idosos tem investigação de indicadores de fragilização na velhice.

Acredita-se que esta cobertura está associada a pouca importância que algumas famílias dão aos idosos, a existência de idosos que não tem cuidador e a fatores culturais e tradições existentes nesta população rural de baixo nível educacional em usuários com mais de 60 anos. Com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção à pessoa idosa foi desenvolvida uma capacitação aos integrantes da equipe de ESF, baseada no Caderno do Envelhecimento da pessoa Idosa para a Atenção Básica do Ministério de Saúde. O treinamento da equipe foi fundamental para a identificação dos problemas de saúde e a intervenção a realizar (BRASIL, 2006).

O povoado de Barrinha tem uma população rural muito isolada da cidade, com uma cultura sanitária baixa, com pouca oferta de emprego, abandono social de uma parte da população, e um baixo nível socioeconômico dos cidadãos maiores de 30 anos, mas a UBS tem como desafio manter seu protagonismo como centro promotor de saúde mais importante na área de abrangência.

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

Realizando uma autocrítica em relação ao meu processo de trabalho, percebo que antes da Análise Situacional não seria capaz de oferecer uma atenção continuada a 100% da população, com participação interdisciplinar, com uma adequada avaliação do risco nos idosos e nas outras ações programáticas, pois a Equipe de Estratégia de saúde da Família na UBS não tinha um amplo conhecimento dos programas de saúde, segundo o estabelecido pelo Ministério de Saúde, a falta de uma visão integral dos profissionais nos processos de avaliação individual e coletiva com participação comunitária, a falta de integração da equipe e a falta do cumprimento das funções individuais de cada um dos integrantes além da falta de planejamento adequado das ações, influíam numa inadequada atenção médica.

A especialização permitiu a capacitação dos profissionais de saúde nos protocolos de atendimento na atenção básica, desenvolvimento de habilidades que

permitam uma prática de avaliação integral com ações preventivas e de reabilitação, com participação interdisciplinar e comunitária, na identificação dos problemas de saúde além de que ofereceu a oportunidade de participação da liderança e a comunidade na identificação e busca de possíveis soluções dos principais problemas de saúde.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

O envelhecimento é um processo natural que ocorre durante toda a vida, antes considerado um fenômeno, hoje, faz parte da realidade da maioria das sociedades. O declínio biológico normal no processo de envelhecimento e o aparecimento progressivo de doenças e dificuldades funcionais, com o avançar da idade sustentam, de modo geral, uma concepção de velhice como período de decadência inexorável (MORAES, 2012). O declínio biológico, psicológico e a falta de protagonismo na sociedade tem como consequência, muitas vezes, o abandono social do idoso. As oportunidades da reinserção social das pessoas com idade acima de 60 anos são um recurso valioso da Atenção Básica de Saúde que tem como objetivo melhorar a qualidade de vida dos usuários de saúde. Com o desenvolvimento do programa de saúde do idoso e a aplicação de estratégias de intervenção encaminhadas a obter mudanças na qualidade de vida dessa população estaremos lhe garantindo as condições necessárias para uma velhice mais plena e satisfatória, oferecendo a oportunidade de melhorar a saúde e viver com dignidade (BRASIL, 2006).

A UBS Barrinha encontra-se situada na comunidade do mesmo nome, a 20 km do município Matias Olímpio, Piauí, atende a uma população de 1.760 habitantes distribuídos em 11 assentamentos. A UBS tem uma estrutura física adequada que corresponde com os padrões mínimos estabelecidos pelo Ministério de Saúde. Possui todos os espaços físicos para oferecer assistência médica e realizar atividades educativas com qualidade.

A UBS neste momento tem cadastrados 163 idosos pelo que possui uma cobertura de 87% da população idosa conforme dados do CAP, só 60% deles tem avaliação multidimensional rápida em dia, 33% tem feita avaliação da saúde bucal e

63% tem investigação de indicadores de fragilização na velhice. Quanto às doenças crônicas não transmissíveis, 60% da população nessa faixa etária possui HAS e 13% possui DM. O incremento das doenças crônicas implica a necessidade de adequações das políticas de saúde e o planejamento de ações de saúde, particularmente aquelas voltadas para atender às crescentes demandas da população com maior vulnerabilidade. Além disso, a falta de preocupação da família pelo acompanhamento adequado a pessoa idosa foi um dos problemas identificados pela equipe de ESF, o baixo nível educacional e os mitos existentes nesta comunidade rural têm interferido na falta de sistematicidade na assistência à consulta neste grupo de idade.

Os aspectos que viabilizam a realização da intervenção são: o comprometimento dos integrantes da equipe com a tarefa, o apoio dos gestores de saúde, políticas com estratégias de saúde e a criação dos mecanismos para dar saída aos objetivos planejados. O projeto se propõe a ampliar a cobertura da saúde bucal, melhorar uma avaliação integral do idoso buscando a manutenção da autonomia e independência funcional, aumentar as atividades de promoção de saúde que ajudem a identificação de risco e agravos nessa população, facilitando à criação de vínculos buscando a atenção integral a família.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde dos idosos na Unidade Básica de Saúde Barrinha, Matias Olímpio/PI.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

1. Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso;
2. Melhorar a qualidade da atenção aos idosos;
3. Melhorar a adesão ao Programa de Saúde do Idoso;
4. Melhorar o registro das informações;
5. Mapear os idosos de risco pertencentes à área de abrangência;
6. Promover a saúde dos idosos.

Metas

Relativas ao objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso.

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

Relativa ao objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção aos idosos.

Meta 2.1: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos idosos.

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

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

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

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

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

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

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

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

Relativas ao objetivo 3: Melhorar a adesão ao Programa de Saúde do Idoso.

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

Relativas ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

Relativas ao objetivo 5: Mapear os idosos de risco pertencentes à 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.

Relativas ao objetivo 6: Promover a saúde dos idosos.

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

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

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

2.3 Metodologia

A intervenção foi estruturada para ser desenvolvida no período de 12 semanas na UBS Barrinha, na zona rural do município Matias Olímpio-PI. Participaram da intervenção todos os usuários com idades acima de 60 anos. Para realizar a intervenção foi utilizado o Caderno de atenção básica nº 19 (BRASIL, 2012). As ações realizadas serão descritas, a seguir, detalhadamente, contemplando os respectivos eixos pedagógicos: organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, engajamento público e qualificação da prática clínica.

2.3.1 Detalhamento das ações

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

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

No eixo de monitoramento e avaliação, a ação de monitorar o número de idosos será realizada por meio de revisão de fichas espelho, prontuários, caderneta dos idosos preenchidos corretamente e mantidas sempre atualizadas. A revisão será mensal e o enfermeiro que irão revisar estas fichas.

No eixo de organização e gestão do serviço, a ação de acolher os idosos e famílias será executada na UBS, como durante a realização das visitas domiciliares. O acolhimento será realizado todos os dias da semana, e quem todos os profissionais da UBS serão responsáveis.

Para realizar o cadastramento dos idosos, serão realizadas capacitações com a equipe, na premissa de aprenderem como utilizar a ficha-espelho e preenchê-la corretamente.

No eixo de engajamento público, a ação de esclarecer a comunidade sobre a importância da realização da intervenção, será realizada por meio de reuniões com a comunidade e iremos contar com o apoio da comunidade e os líderes.

Para a ação de informar a comunidade sobre a existência da intervenção, os ACS e os profissionais irão divulgar a intervenção, como também durante a realização do acolhimento e outras atividades.

No eixo de qualificação da prática clínica, a ação de capacitar a equipe e seus responsáveis, serão realizados reuniões com a equipe. Estas atividades serão ministradas pelo médico.

Para a ação de capacitar os ACS na busca dos faltosos, irá se realizar uma capacitação com os mesmos na UBS.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção aos idosos.

Meta 2.1: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência.

No eixo monitoramento e avaliação, a ação de monitorar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida será anual em todos os idosos acompanhados pela unidade de saúde. A revisão será mensal e o enfermeiro e o médico revisaram a ficha espelho e os prontuários dos idosos.

No eixo organização e gestão do serviço, os gestores do município garantiram os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropômetro, Tabela de Snellen). O enfermeiro da equipe ESF definiu as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos.

No eixo engajamento público, os integrantes da equipe vão compartilhar com os usuários as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social.

No eixo qualificação da prática clínica as ações de capacitar os profissionais para o atendimento dos idosos, de acordo com o protocolo adotado pela UBS, de capacitar a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida e para o encaminhamento adequado dos casos que necessitarem de avaliações mais complexas, foram realizadas na sexta-feira à tarde pelo médico.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos idosos.

No eixo monitoramento e avaliação, a ação de monitorar a realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade de saúde será realizada mensalmente, pelo enfermeiro e médico.

No eixo organização e gestão do serviço as ações de definir as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos serão realizadas pelo enfermeiro responsável da equipe de ESF.

Os ACS irão garantir busca a idosos que não realizaram exame clínico. A técnica de enfermagem organizará a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares. Os gestores do município garantirão a referência e contra referência de usuários com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades.

No eixo engajamento público a ação de orientar a comunidade será realizada pelo médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS, sobre os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas nas consultas de acompanhamento programado.

No eixo qualificação da prática clínica, a ação de capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado e manter o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas serão realizados pelo médico responsável pelo projeto.

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

No eixo monitoramento e avaliação, a ação de monitorar pelo médico o número de idosos hipertensos e diabéticos com solicitação de exames laboratoriais na unidade de saúde segundo o protocolo estabelecido pelo Ministério de Saúde no protocolo de atendimento da pessoa idosa. O enfermeiro responsável da equipe ESF monitorará mensalmente o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais realizados.

No eixo organização e gestão do serviço, o médico garantirá a solicitação dos exames complementares. O gestor municipal garantirá os recursos para a realização dos exames complementares definidos no protocolo. O enfermeiro estabelecerá um sistema de alerta, em que os ACS irão visitar semanalmente aos idosos avaliados em consulta para a identificação dos idosos que não realizaram os exames complementares, informando as incidências na reunião semanal de avaliação.

No eixo engajamento público, os ACS irão orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares. O médico e enfermeiro irão orientar os usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

No eixo qualificação da prática clínica a ação de capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares, será realizada pelo médico.

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

No eixo monitoramento e avaliação, a ação de monitorar a indicação de medicamentos da farmácia popular aos idosos e monitorar o número de idosos que recebem medicamentos da farmácia popular será realizada pelo secretário e mensalmente.

No eixo organização e gestão do serviço, o médico vai garantir a indicação dos medicamentos da farmácia popular aos idosos. O gestor municipal de saúde vai avaliar a disponibilidade dos medicamentos preconizados.

No eixo engajamento público, os ACS orientarão os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realizar o cadastro na farmácia popular para receber os medicamentos indicados pela equipe de saúde. O médico e enfermeiro irão orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realizar o cadastro na farmácia popular e receber os medicamentos.

No eixo qualificação da prática clínica a ação de capacitar a equipe para a indicação de medicamentos na farmácia popular, será realizada pelo enfermeiro.

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

No eixo monitoramento e avaliação, a ação de monitorar semanalmente será realizada pelo enfermeiro da equipe de saúde. O cadastro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção será realizado pelo ACS.

No eixo organização e gestão do serviço, a ação de garantir o cadastro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção da área de abrangência da UBS, será realizado pelos ACS.

No eixo engajamento público os integrantes da equipe de saúde, médico, enfermeiro, técnica de enfermagem e ACS informarão a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso na Unidade de Saúde e a necessidade de realizar o cadastro da população com idade acima de 60 anos.

No eixo qualificação da prática clínica, a ação de capacitar os ACS na identificação e cadastro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção da área de abrangência, será realizada pelo médico responsável pelo projeto.

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

No eixo monitoramento e avaliação, a ação de monitorar as visitas domiciliares realizadas pelos integrantes da equipe de saúde aos idosos acamados

ou com problemas de locomoção cadastrados, será realizada pelo enfermeiro da equipe.

No eixo organização e gestão do serviço, o enfermeiro vai organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção. A técnica de enfermagem vai manter atualizados os registros.

No eixo engajamento público, os integrantes da equipe de saúde irão informar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar e estabelecer as prioridades de visita domiciliar para os idosos acamados ou com problemas de locomoção.

No eixo qualificação da prática clínica, a ação de capacitar os ACS sobre o reconhecimento dos idosos que necessitam visita domiciliar, será realizada pelo médico.

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

No eixo de monitoramento e avaliação, será monitorado pelo enfermeiro o número de idosos submetido a rastreamento para HAS pelo menos anualmente.

No eixo organização e gestão do serviço a ação de melhorar o acolhimento aos idosos portadores de HAS feito pela totalidade dos integrantes da equipe ESF (Médico, Enfermeiro, Técnica de enfermagem, Dentista, Técnica de dentista e ACS).

O gestor da Secretaria de Saúde vai garantir o material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

No eixo engajamento público a ação de orientar a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade e a modificação dos fatores de risco para o desenvolvimento de HAS será realizada pelos ACS.

No eixo qualificação da prática clínica, a ação de capacitar a equipe de saúde para o rastreamento e verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do esfigmomanômetro, será realizada pelo médico.

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

No eixo monitoramento e avaliação, a ação de monitorar os idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM será feito na totalidade pelos integrantes da equipe ESF (Médico, Enfermeiro, Técnica de enfermagem, Dentista, Técnica de dentista e ACS). O monitoramento das indicações nos prontuários será feito com uma periodicidade trimestral.

No eixo organização e gestão do serviço, garantir um melhor acolhimento para os idosos portadores de DM. Garantir pelos gestores de saúde o material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde. Criar sistema de alerta na ficha de acompanhamento para indicar o idoso que provavelmente terá que realizar o hemoglicoteste.

No eixo engajamento público a ação de 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 HAS será realizado pelos profissionais da equipe de saúde.

Orientar à comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM será realizado pelos ACS.

No eixo qualificação da prática clínica a ação de capacitar a equipe ESF para realização do hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de HAS será feita pelo enfermeiro.

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

No eixo monitoramento e avaliação, a ação de monitorar a avaliação será realizada pelo médico, enfermeiro e dentista da necessidade de tratamento odontológico de idosos.

No eixo organização e gestão do serviço, o dentista organizará o acolhimento dos idosos na unidade de saúde. A técnica de saúde bucal vai cadastrar os idosos com necessidade de atendimento odontológico. A equipe de saúde vai oferecer atendimento prioritário aos idosos. O dentista organizará a agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos. O coordenador do programa de saúde bucal monitorará a utilização de serviço odontológico por idosos da área de abrangência mensalmente.

No eixo engajamento público os ACS e a equipe odontológica vão informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de idosos. O 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.

No eixo qualificação da prática clínica, a ação de capacitar a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em idosos, realizar acolhimento do idoso de acordo com protocolo do Ministério de Saúde foi feito pelo dentista.

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

No eixo monitoramento e avaliação, a ação de monitorar a realização da primeira consulta odontológica será feita pelo dentista.

No eixo organização e gestão do serviço os gestores irão garantir os recursos materiais para oferecer uma consulta com qualidade, o dentista vai organizar a agenda de saúde bucal para o atendimento prioritário aos idosos. O coordenador do programa de saúde bucal vai monitorar a quantidade e qualidade nas avaliações dos idosos mensalmente.

No eixo engajamento público os ACS e a equipe odontológica vão informar a comunidade sobre importância de realizar a consulta odontológica.

No eixo qualificação da prática clínica a ação de capacitar a equipe para realizar uma primeira consulta odontológica com qualidade será realizada pelo enfermeiro.

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

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

No eixo monitoramento e avaliação, a ação de monitorar o cumprimento da busca ativa pelos ACS dos idosos faltosos as consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela unidade de saúde, será feita mensalmente pelo enfermeiro.

No eixo organização e gestão do serviço, o enfermeiro responsável da equipe ESF organizará visitas domiciliares pelos ACS para buscar os faltosos e organizar a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares.

No eixo engajamento público os integrantes da equipe de saúde, médico, enfermeiro técnico de enfermagem dentista e técnica de saúde bucal, informarão 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). Esclarecer os idosos e a comunidade pelo ACS sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

No eixo qualificação da prática clínica, a ação de treinar os ACS para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade será feita pelo enfermeiro.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

No eixo monitoramento e avaliação, o médico e enfermeiro vão monitorar a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde.

No eixo organização e gestão do serviço, a ação de manter as informações do SIAB atualizadas será realizada pelo enfermeiro da equipe. Os profissionais da equipe ESF vai implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos. Organizar um sistema de registro pela técnica de enfermagem 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.

No eixo engajamento público, orientar comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário, será realizado pelos ACS.

No eixo qualificação da prática clínica, treinar a equipe pelo enfermeiro responsável da equipe ESF no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos.

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

No eixo monitoramento e avaliação, monitorar a entrega da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa será realizado pelo enfermeiro.

No eixo organização e gestão do serviço, o enfermeiro responsável solicitará ao gestor municipal a disponibilização deste documento.

No eixo engajamento público, orientar os idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta de saúde quando for consultar na UBS ou em outros níveis de atenção, será realizado pelos ACS.

No eixo qualificação da prática clínica, capacitar à equipe do projeto para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa será realizado pelo médico e enfermeiro.

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

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

No eixo monitoramento e avaliação, monitorar o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência, será realizado por todos os profissionais da UBS.

No eixo organização e gestão do serviço, o enfermeiro da equipe ESF definirá as atribuições de cada profissional da equipe no rastreamento do risco de morbimortalidade no idoso.

No eixo engajamento público a ação de orientar os idosos sobre seu nível de risco e a importância do acompanhamento com a periodicidade estabelecida ser realizado pelos integrantes da equipe de saúde, médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS.

No eixo qualificação da prática clínica capacitar os profissionais para identificação e registro e ações para modificar fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa, será realizada pelo médico.

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

No eixo monitoramento e avaliação, a ação de monitorar o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice, será realizada pelo médico e enfermeiro semanalmente.

No eixo organização e gestão do serviço a equipe de saúde vai priorizar os atendimentos a idosos fragilizados na velhice.

No eixo engajamento público os ACS irão orientar os idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância do acompanhamento.

No eixo qualificação da prática clínica a ação de capacitar os profissionais da equipe ESF para realizar uma correta identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice será realizada pelo médico.

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

No eixo monitoramento e avaliação a ação de monitorar pelo enfermeiro responsável da equipe ESF a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS. O monitoramento dos idosos com rede social deficiente será feito mensalmente pelo enfermeiro na reunião da equipe.

No eixo organização e gestão do serviço a equipe de saúde irá facilitar o agendamento e a visita domiciliar dos idosos com rede social

No eixo engajamento público, os ACS orientarão os idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde, como também estimularão a comunidade sobre a promoção da socialização da pessoa idosa (trabalhos em igrejas, escolas, grupos de apoio) e do estabelecimento de redes sociais de apoio.

No eixo qualificação da prática clínica, capacitar a equipe de saúde para avaliar a rede social dos idosos será realizada pelo assistente social do NASF.

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos.

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

No eixo monitoramento e avaliação, a ação de monitorar a realização de atividades de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis nos idosos, será feita pelos profissionais da equipe de saúde.

No eixo organização e gestão do serviço, o enfermeiro responsável da equipe de saúde vai definir o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

No eixo engajamento público, a ação de orientar os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis será realizada pelos integrantes da equipe de saúde.

No eixo qualificação da prática clínica capacitar a equipe para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação

saudável" ou "Guia alimentar para a população brasileira". Capacitar a equipe para a orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos será realizada pela nutricionista do NASF.

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

No eixo monitoramento e avaliação, a ação de monitorar a realização de atividades de orientação de atividade física regular para todos os idosos será realizada pelo médico e enfermeiro.

No eixo organização e gestão do serviço, o enfermeiro responsável da equipe de saúde vai definir o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular. Demandar do gestor municipal parcerias institucionais para realização de atividade física.

No eixo engajamento público, os integrantes da equipe de saúde orientarão os idosos e a comunidade para a realização de atividade física regular.

No eixo qualificação da prática clínica, a ação de capacitar a equipe e orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular será realizada pelo educador físico do NASF.

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

No eixo monitoramento e avaliação, a ação de monitorar as atividades educativas individuais e coletivas aos idosos para manter uma adequada higiene bucal. O coordenador de odontologia irá revisar a indicação das atividades nas fichas mensalmente.

No eixo organização e gestão do serviço, o enfermeiro responsável da equipe de saúde organizará tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

No eixo engajamento público, orientar os idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias, será realizada pela equipe odontológica e os demais membros da equipe de saúde.

No eixo qualificação da prática clínica a ação de capacitar a equipe orientações de higiene bucal e de próteses dentárias será realizada pelo dentista.

2.3.2 Indicadores

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

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

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

Numerador: Número de idosos com 60 anos ou mais residentes na área acompanhados na unidade de saúde.

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

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção aos idosos.

Meta 2.1: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência.

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

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

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

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos idosos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 2.8: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus

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

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

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

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

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

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

Indicador 2.10: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

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

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

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

Meta 3.1. Realizar a busca de 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

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

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

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

Indicador

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.

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

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos.

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com orientação para prática regular de

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

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

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

Numerador: Número de idosos com orientação sobre higiene bucal.

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

2.3.3 Logística

Para a realização do projeto de intervenção sobre a saúde do idoso será adotado o Manual Técnico de Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde 2006. A equipe de ESF será responsável pelas atividades do projeto. Para desenvolver as atividades os membros da equipe cumprirão as seguintes funções: os ACS visitarão os idosos para atualizar o cadastro, citar para consulta de acompanhamento, recuperação de faltosos e realizar atividades de promoção de saúde na vivenda.

A técnica de enfermagem e o ACS acolherão os usuários na UBS, se estabelecerão as prioridades de atenção e serão atendidos os usuários pelo médico e enfermeiro. O dentista e Técnica de saúde bucal realizarão a primeira avaliação e agendarão as consultas seguintes em dependência das necessidades individuais dos idosos.

Para realizar o levantamento e registro das informações do idoso, vamos utilizar a ficha espelho do idoso disponível no município. Como as fichas não

preveem informações sobre a residência e para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, o médico e o enfermeiro vão elaborar uma ficha complementar. Estimamos alcançar com a intervenção 163 idosos. Faremos um convênio com os gestores municipais para dispor das 163 fichas espelho necessárias e para imprimir as 163 fichas complementares que serão anexadas às fichas-espelho. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

Para organizar o registro específico do programa do idoso, o enfermeiro revisará o livro de registros identificando todos às pessoas acima de 60 anos que vieram ao serviço nos últimos três meses. A profissional localizará os prontuários destes idosos e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho. Ao mesmo tempo se realizará o primeiro monitoramento anexando informações sobre peso e altura além de consultas, exames clínicos e laboratoriais e vacinas em atraso.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidos com a equipe de ESF da UBS. Começaremos a intervenção utilizando duas horas da reunião geral semanal para apresentação do projeto e a capacitação da equipe de ESF sobre o manual técnico de Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde 2006. Cada membro da equipe estudou uma parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe. Para controle dos faltosos será realizado monitoramento semanal através de pesquisa do histórico do prontuário.

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

O médico e enfermeiro farão contato com a associação de moradores e com os representantes da comunidade nas igrejas e escolas da área de abrangência, se apresentará o projeto esclarecendo à importância da realização da aplicação da estratégia de intervenção nos idosos.

Será realizada uma capacitação pelo médico e enfermeiro com os líderes identificados na primeira semana para oferecer informação do funcionamento do programa de saúde do idoso. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de

ampliar a avaliação de idosos e de esclarecer aos moradores sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional.

Avaliaremos com os representantes a possibilidade de criação de propaganda gráfica e serão escolhidas as pessoas que criaram a propaganda educativa, além dos lugares onde serão colocadas. O médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, dentista e Técnica de saúde bucal oferecerão uma atividade de intercâmbio semanal nos povoados da área de abrangência da UBS com a presença dos ACS de cada assentamento, para informar aos usuários de saúde as ações a realizar e esclarecer dúvidas e informar o planejamento do trabalho na seguinte semana.

As atividades de educação para a saúde serão desenvolvidas tanto na UBS (na consulta individual e atividades coletiva na sala de espera), na visita a família, nas instituições religiosas e educacionais além das reuniões dos grupos de idosos, os responsáveis serão os profissionais da equipe ESF os ACS o nutricionista o dentista a Técnica de saúde bucal e o orientador físico.

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

Os insumos necessários para o desenvolvimento da intervenção: impressora, folhas, caderneta de saúde da pessoa idosa, canetas, computador para o registro das atividades, glicômetro e tiras reativas, equipe de televisão e DVD para as atividades de educação para a saúde, o transporte para garantir a assistência dos idosos com problema para se locomover as consultas de avaliação, o material necessário para a coleta de exame complementar serão garantidos pelos gestores do município.

3. Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

No cronograma do projeto de intervenção foram planejadas ações para ser desenvolvidas ao longo da intervenção e todas foram integralmente executadas.

A capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo de saúde dos idosos e o estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática aconteceu no início do projeto, mais a capacitação teve continuidade nas 12 semanas de intervenção, pois o pouco domínio pelos integrantes da equipe de saúde dos temas referentes aos idosos foi uma dificuldade detectada no início. Os temas escolhidos estão no conteúdo do protocolo de atendimento, envelhecimento e saúde da pessoa idosa na atenção básica do Ministério de Saúde.

O cadastramento dos idosos da área de abrangência aconteceu segundo previsto no cronograma, com a participação ativa dos ACS. No início da intervenção, a UBS tinha cadastrados 163 idosos que corresponde com o total da população com idade acima de 60 anos morando nossa área de abrangência e que segundo foi explicado no Relatório da Análise Situacional não corresponde com a estimativa dos dados segundo CAP, porém três idosos completaram 60 anos de idade durante a intervenção e foram incluídos na amostra do projeto, portanto se ofereceu cobertura de 100% da população alvo. A atividade foi executada com qualidade e possibilitou além do cadastro dos idosos, a identificação dos problemas de saúde sociais e ambientais.

Considerando que para o desenvolvimento do projeto é essencial o envolvimento, o empenho e a vontade de todas as estruturas da comunidade, é fundamental que todas as fases sejam partilhadas de modo a unir esforços para o seu sucesso. O contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática do idoso foi essencial na divulgação do projeto.

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

A adversidade decorrente das chuvas nas primeiras semanas foi resolvida com o planejamento e agendamento de novas consultas. O transporte dos idosos foi assegurado pela secretaria de saúde.

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

Com todas as ações programadas foi possível oferecer atendimento a 100% dos idosos cadastrados na UBS, além de garantir a busca ativa dos faltosos e a visita no domicílio dos acamados ou com problemas para se locomover, garantindo o cadastro dos idosos. A ficha espelho foi aplicada aos usuários avaliados e foram oferecidas atividades de educação para a saúde individualmente.

O grupo de idosos foi criado de maneira voluntária pela população alvo da intervenção, com a finalidade do desenvolvimento de atividades para socializar pessoas na mesma faixa etária, oferecer esclarecimento de mitos e incorporar os idosos na vida ativa da comunidade. As atividades do grupo foram realizadas durante toda a intervenção com a periodicidade estabelecida. No decorrer dos encontros foram desenvolvidas outras atividades não planejadas tais como: apresentação de pratos com receitas de cozinha saudáveis, a celebração de aniversário e festival do forró da terceira idade.

A capacitação dos ACS para a realização de busca ativa dos idosos faltosos aconteceu na primeira semana da intervenção na sexta-feira de cada semana. Nos encontros para o monitoramento da intervenção, foram desenvolvidos temas que abordaram aspectos sobre a desmotivação dos idosos. A busca ativa dos idosos faltosos permitiu avaliar 100% da população alvo. A solicitação de exame complementar periódicos aos idosos com HAS/DM foi realizada em 100% da população nesta faixa etária.

As atividades de educação para a saúde foi um dos aspetos de maior impacto na intervenção, as mesmas foram realizadas na consulta individual pelo médico, enfermeiro e dentista, as atividades que aconteceram na sala de espera foram desenvolvidas pelo resto dos profissionais da equipe com a participação dos profissionais do NASF, foram realizadas atividades nas igrejas, centros educacionais e outros centros da comunidade, os temas abordados foram debatidos pela população alvo da intervenção e foram criadas iniciativas como o intercambio de

pratos de comida saudável e o espaço de reflexão e diversão que ajudaram na melhora da qualidade da vida da população idosa.

A participação da comunidade no início da intervenção não foi à esperada motivada pela falta de protagonismo da equipe ESF na área de abrangência, na medida em que foram se desenvolvendo as atividades do projeto a participação comunitária foi melhor até alcançar os resultados esperados.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as ações no projeto foram desenvolvidas.

Na intervenção ocorreram dificuldades que não foram favoráveis na sistematização da intervenção. Por ser a primeira vez que a equipe de saúde da UBS Barrinha desenvolve uma estratégia de intervenção voltada para a população local, no início, a equipe não demonstrou grande interesse na avaliação integral, o que foi resolvido nas primeiras semanas de trabalho com capacitações.

No início da intervenção, a equipe odontológica teve dificuldades na integração e cumprimento das ações integrais. A falta de água na UBS foi dificuldade na avaliação odontológica. A não existência da farmácia popular e a falta de medicamentos que estabelece o Ministério de Saúde ocasionaram dificuldade no controle o acompanhamento dos idosos com doenças crônicas.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

A falta de informatização na UBS e a má qualidade do sinal do internet ocasionaram demora no envio das informações e tarefas da especialização. No início se requereu de uma capacitação dos integrantes da equipe de ESF para efetuar uma coleta de dados com qualidade, pois os mesmos não tinham o conhecimento necessário para desenvolver a atividade segundo os requerimentos do projeto.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

A intervenção foi incorporada a rotina de trabalho da UBS, neste momento 100% dos idosos tem uma avaliação multidimensional em dia e foi estabelecida a periodicidade dos controles e avaliação para os usuários de saúde que vão completar 60 anos.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

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

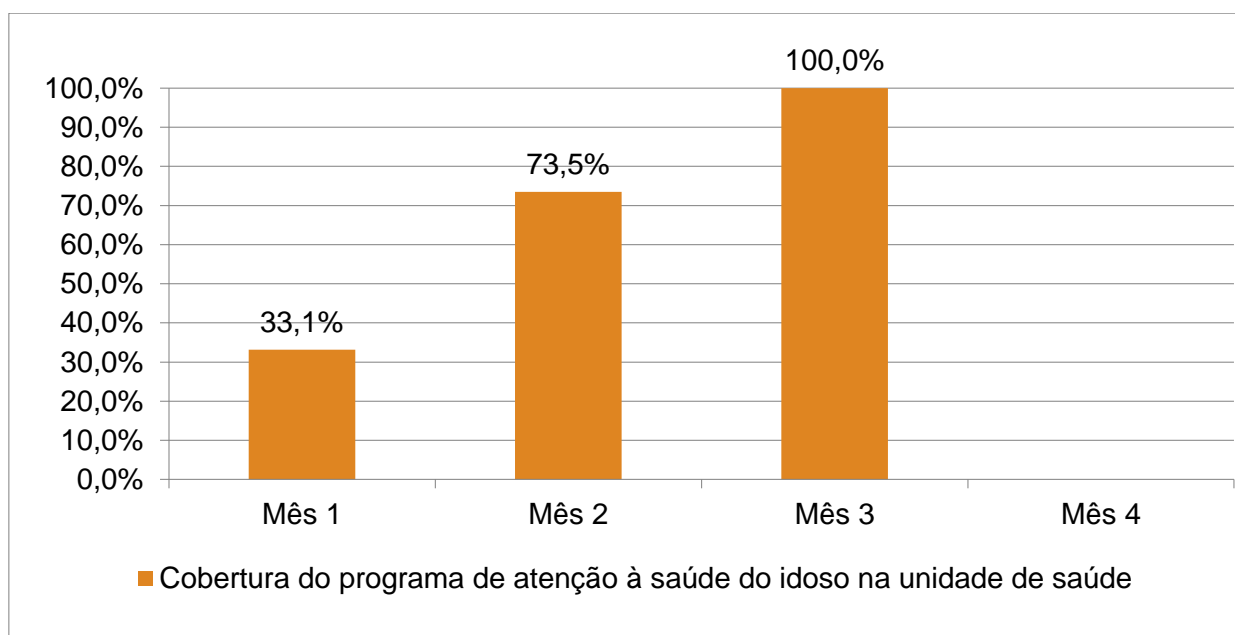
Meta 1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 100%.

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

Descrição do Resultado: No primeiro mês foram cadastrados e avaliados 55 idosos, o que representa 33,1% do total da área. No segundo mês de trabalho, a cobertura foi 122 (73,5%) idosos. No terceiro mês, alcançamos 166 (100%) idosos. De acordo com a estimativa do CAP, haveria um total de 187 idosos na área de abrangência da unidade. No entanto, os ACS fizeram uma atualização do total de idosos e com isso concluímos que o total é, de fato, 166, ou seja, a estimativa do CAP estava superestimando o total de idosos de nossa área.

Enfrentamos algumas dificuldades, como os cadastros que estavam incompletos e desatualizados. O pouco conhecimento do programa de saúde do idoso e a desmotivação da população alvo e seus cuidadores.

A ação que mais auxiliou para atingir a meta de cobertura foi a capacitação dos ACS e o cadastramento de toda população idosa da área adstrita.



Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

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

Meta 2.1: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência.

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

Descrição do Resultado: Nos três meses de intervenção, atingimos 100% em todos os meses. A participação dos especialistas do NASF proporcionou uma maior qualidade na avaliação multidimensional rápida, ao mesmo tempo em que treinou a equipe de saúde na realização de uma avaliação integral.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos idosos.

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

Descrição do Resultado: Nos três meses de intervenção, atingimos 100% em todos os meses. A equipe tentou como estratégia o atendimento aos idosos na UBS e seu domicílio. A integração das ações da equipe de saúde em parceria com os especialistas do NASF, os líderes da comunidade, idosos e seus familiares permitiram o êxito da ação.

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.

Descrição do Resultado: Nos três meses de intervenção, atingimos 100% em todos os meses. No município não existe laboratório, portanto foi feito contato com a secretaria de saúde e os exames foram realizados no município vizinho.

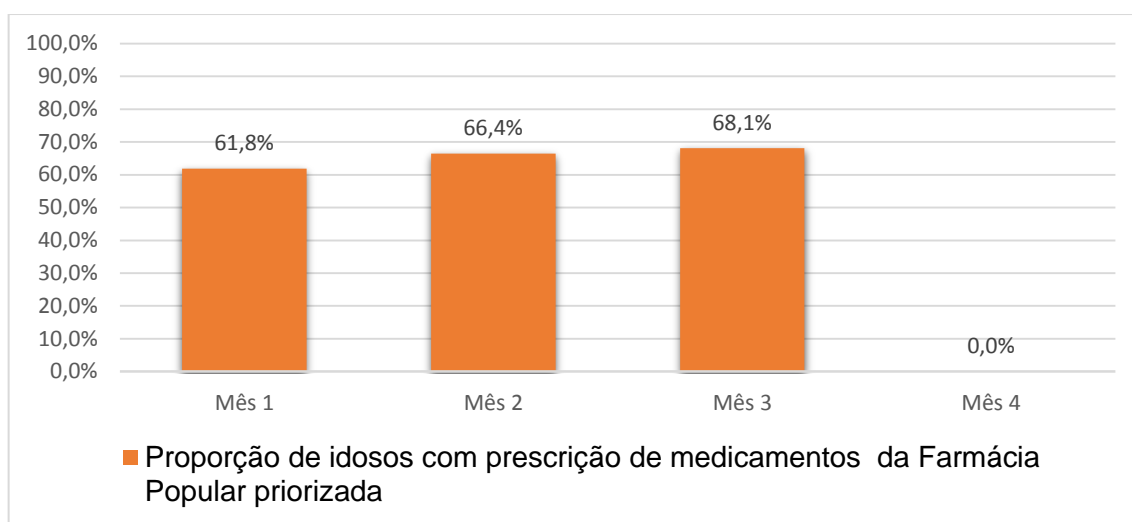
Meta 2.4: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos

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

Descrição do Resultado: No primeiro mês 34 idosos, o que representa 61,8% do total, tiveram a prescrição de medicamentos da farmácia popular. No segundo mês de trabalho, prescrevemos medicamentos da farmácia popular para 81 (66,4%)

idosos que tiveram a prescrição de medicamentos da farmácia popular. No terceiro mês, 113 (68,1%) idosos tiveram a prescrição de medicamentos da farmácia popular.

No nosso município, existem duas farmácias particulares com serviço de farmácia popular que dispõem de medicamentos para as doenças crônicas mais comuns na população. A falta de a totalidade dos medicamentos disponibilizados na rede de farmácia popular além de existir idosos com doenças crônicas que tem como tratamento de base medicamentos não contemplados neste programa foi à causa pela que não atingimos a meta proposta.



Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

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

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

Descrição do Resultado: Nos três meses de intervenção, atingimos 100% em todos os meses. No início da intervenção, os ACS não tinham conhecimento da importância de identificar os idosos acamados. No desenvolvimento da intervenção, com a capacitação dos profissionais da saúde e com a avaliação com qualidade de toda a população alvo, foi possível diagnosticar 18 idosos acamados ou com dificuldade para se locomover.

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.

Descrição do Resultado: Nos três meses de intervenção, atingimos 100% em todos os meses. O planejamento das ações integrais, sendo que a secretaria de saúde disponibilizou transporte, o acompanhamento dos ACS e os grupos de apoio criados na comunidade, foram estratégias que auxiliaram para alcançar este resultado.

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

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

Descrição do Resultado: Nos três meses de intervenção, atingimos 100% em todos os meses. Destaca-se que no início existiam idosos sem diagnóstico de HAS, outros com dificuldade para adesão ao tratamento, abandonos de tratamento e outros com dificuldade para adquirir os medicamentos.

No início da intervenção a população não aceitava as mudanças na rotina do acompanhamento, além de não aceitar a responsabilidade individual e coletiva no processo saúde-doença. Para o rastreio de idosos com HAS realizou-se atividades de educação em saúde nas comunidades, lideradas pelos ACS com apoio dos profissionais da equipe ESF, o que melhorou a assistência dos idosos.

Estabeleceu-se como rotina de trabalho a verificação de pressão arterial aos idosos sem diagnóstico de HAS em vários momentos da intervenção nas diferentes áreas de atuação (consulta de avaliação integral, consulta de avaliação odontologia, visita domiciliar, atividades de grupos) com o objetivo de identificar as variações da pressão arterial. As atividades desenvolvidas permitiram atingir 100% da população idosa e realizar o diagnóstico adequado.

Meta 2.8. Rastrear 100% dos idosos com Diabetes Mellitus (DM).

Indicador 2.8: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

Descrição do Resultado: Nos três meses de intervenção, atingimos 100% em todos os meses. Na UBS foi disponibilizado recursos necessários para o rastreamento rápido com teste de glicemia capilar, além da indicação dos exames a 100% da população alvo da intervenção.

Após a identificação da população alvo para o rastreamento de DM foi feita a medição da glicemia capilar em jejum. Nos casos com fatores de risco elevado ou

com sintomas sugestivos da doença realizou-se glicemia pós-prandial tendo em conta que no idoso frequentemente a DM se apresenta com glicemia pós-prandial elevada.

A rotina de avaliação demonstrou a presença de idosos com DM sem diagnóstico e tratamento na comunidade com maior risco de complicações. O mais difícil resultou criar uma consciência na população da necessidade de mudança de hábitos de vida mais saudável, a participação ativa nas atividades de educação em saúde dos ACS e nutricionista foi o que ajudou no êxito do controle.

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.

Descrição do Resultado: Nos três meses de intervenção, atingimos 100% em todos os meses. No início da intervenção, a equipe odontológica não tinha prioridade para o trabalho nessa faixa etária, além da pouca importância que ofereciam ao idoso a saúde bucal, procurando atendimento só no caso de dor. Com as atividades de educação para a saúde ao grupo de idosos e seus cuidadores foi possível melhorar a saúde bucal.

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

Indicador 2.10: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

Descrição do Resultado: Nos três meses de intervenção, atingimos 100% em todos os meses. No início da intervenção, a falta de água na UBS ocasionou dificuldade neste indicador. A população idosa acamada recebeu a avaliação da primeira consulta odontológica em visita domiciliar.

Antes da intervenção a unidade odontológica funcionava no hospital municipal a 20 km da área de abrangência, sendo que a população idosa buscava o dentista com o único objetivo de realizar tratamentos e realizar extrações dos dentes que as incomodavam. A avaliação da saúde bucal e a identificação da necessidade de atendimento odontológico nos usuários com idades acima de 60 anos eram deficientes.

Após o início da intervenção com a realização de atividades de educação para a saúde, o trabalho com o grupo de idosos usando técnicas participativas e a participação de psicóloga, nutricionista, ACS em parceria com a equipe odontológica ajudou a melhorar o indicador de avaliação e a manutenção da saúde bucal do idoso. Os gestores de saúde priorizaram os recursos necessários para desenvolver um trabalho com qualidade. Destaca-se que o trabalho em parceria com outros especialistas é a chave para modificar atitudes na população.

Meta 3.1. Realizar a busca de 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

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

Descrição do Resultado: Nos três meses de intervenção, atingimos 100% em todos os meses. O papel dos ACS foi fundamental, pois por meio de práticas educativas com os idosos e sua família, ajudaram muito na busca deste indicador.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

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

Descrição do Resultado: Nos três meses de intervenção, atingimos 100% em todos os meses. Os prontuários foram preenchidos e a ficha individual de acompanhamento de registro da unidade básica, permitindo assim uma melhor organização e controle deste grupo etário.

No processo de reforma e ampliação da UBS as consultas efetuaram-se em locais adaptados, a maioria dos prontuários que ficaram na UBS não foram devidamente preservados em lugares adequados pelo que foram destruídos supostamente por vândalos no ato inescrupuloso não tendo como manter um controle adequado a população idosa. Com ajuda dos ACS no período da intervenção foram cadastrados 100% dos usuários na faixa etária maior de 60 anos e foi confeccionado o prontuário e a ficha em espelho. O trabalho dos ACS foi decisivo para obter os resultados esperados.

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.

Descrição do Resultado: Nos três meses de intervenção, atingimos 100% em todos os meses. A secretaria de saúde solicitou cadernetas de saúde da pessoa idosa, com isso 100% dos idosos receberam a caderneta. Foi pelo trabalho com os idosos, que este documento transformou-se numa ferramenta fundamental para o agendamento e assistência a qualquer atividade de saúde.

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

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

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

Descrição do Resultado: Nos três meses de intervenção, atingimos 100% em todos os meses. O trabalho em parceria com a equipe do NASF para avaliação de risco melhorou a qualidade do diagnóstico.

No desenvolvimento da intervenção foi realizado um inquérito domiciliar com a participação dos ACS para avaliação de riscos do idoso, abordando importantes elementos na avaliação integral, detectando-se um risco de quedas muito elevado na população, dado pelas características estruturais das residências. O pouco conhecimento referente a população idosa pelos profissionais da equipe de saúde foi um obstáculo que interferiu na qualidade da assistência prestada antes da intervenção.

A intervenção demonstrou que é importante que as condições de risco da população sejam conhecidas para que os programas e ações sejam adequadamente desenvolvidos e melhorar a qualidade de vida da população.

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

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

Descrição do Resultado: Nos três meses de intervenção, atingimos 100% em todos os meses. Nas 12 semanas de intervenção a equipe de saúde trabalhou em

parceria com os familiares ou cuidadores dos idosos e especialistas do NASF para conhecer sinais de fragilidade e poder reduzi-las ou evita-las. A identificação de fragilização na velhice e o acompanhamento adequado pode aumentar a qualidade de vida do idoso.

A identificação de fragilidade permitiu relacionar os idosos mais frágeis com a maior incapacidade para realizar atividades da vida diária, o sentimento de inutilidade referido pelo idoso, maior isolamento social e dificuldades no cuidado familiar.

A identificação de fragilização na velhice permitiu o desenvolvimento de programas de atenção interdisciplinar voltado para o trato da fragilidade em idosos, o acompanhamento adequado além da capacitação da família, comunidade e equipe de saúde ESF com atividades individuais e grupais podendo aumentar a qualidade de vida do idoso. O trabalho interdisciplinar foi decisivo na obtenção dos resultados da intervenção.

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

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

Descrição do Resultado: Nos três meses de intervenção, atingimos 100% em todos os meses. Trabalhamos com a comunidade, na premissa de conhecer os aspectos sociais e poder realizar uma avaliação em rede social, estimulando que os mesmos participassem dos grupos da UBS.

No desenvolvimento da intervenção foi possível trabalhar com os idosos no meio social e ambiente familiar e determinar que nessa área rural as atividades dos idosos estão circunscritas ao domicílio, sua organização e a preservação da saúde, o que a torna mais difícil o contato social, além de idosos esperam que o estado resolva uma boa parte das suas necessidades financeiras, a família permanece preferencialmente como fonte de apoio social e emocional.

Com ajuda da liderança da comunidade, os ACS e o trabalho da equipe ESF foram desenvolvidas atividades de grupo que melhorou a incorporação social do idoso.

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos

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

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

Descrição do Resultado: Nos três meses de intervenção, atingimos 100% em todos os meses. Nossa equipe multidisciplinar direcionou as ações com o objetivo de abrir novas mentalidades, positivas, através de atividades de promoção e educação para capacitar as pessoas de nossa comunidade.

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

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

Descrição do Resultado: Nos três meses de intervenção, atingimos 100% em todos os meses. Atividades de educação para a saúde na terceira idade foram realizadas nas 12 semanas de intervenção com ajuda do orientador físico. Os usuários acamados ou com problemas para se locomover foram visitados no domicílio e os cuidadores foram treinados na realização de atividades físicas ativas e passivas.

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

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

Descrição do Resultado: Nos três meses de intervenção, atingimos 100% em todos os meses. A equipe de saúde tem que oferecer maior prioridade no atendimento da saúde bucal do idoso, contribuindo na melhoria da qualidade de vida na população dessa faixa etária. A ação conjunta dos ACS e a Técnica de saúde bucal ajudaram a obter os resultados planejados.

4.2 Discussão

A intervenção em saúde do idoso representou um grande impacto social na área de abrangência da UBS de Barrinha, propiciou uma melhor assistência às necessidades de saúde do idoso com uma ampliação da cobertura da atenção a população alvo, incorporando informações importantes para a saúde como as questões sociais além das questões biomédicas. Propiciou ainda a busca ativa de problemas de saúde de alta prevalência, oferecendo orientação terapêutica,

incluindo orientações preventivas e educação para a saúde voltada para a manutenção da capacidade funcional do idoso.

Possibilitou a reabilitação da capacidade funcional estabelecendo a necessidade de prevenção de doenças crônicas e a detecção precoce de pequenas limitações funcionais com a instituição de reabilitação através de equipe multiprofissional. Melhorou a assistência domiciliar com atividades encaminhadas a modificação de modos e estilos de vida, além da incorporação do idoso na vida social da comunidade.

A intervenção exigiu a formação de recursos humanos nesta área, vinculada a uma compreensão do processo de envelhecimento, como a necessidade do trabalho interdisciplinar. Também reforçou os critérios do papel e objetivos do profissional de saúde com uma visão integradora. Isto foi de vital importância no conteúdo da capacitação e as habilidades a serem desenvolvidos durante o cumprimento das ações da intervenção.

No desenvolvimento da intervenção, foi necessária à flexibilização das ações a realizar e a divisão do trabalho onde os profissionais realizam intervenções de suas respectivas áreas, mas também executam ações comuns. A técnica de enfermagem fez o acolhimento/escuta inicial, monitorou diariamente o sistema de registro e alertou situações quanto o atraso na realização de consulta de acompanhamento além de oferecer conselhos de saúde e realizar procedimentos técnicos de enfermagem. O enfermeiro teve a responsabilidade na detecção, monitoramento, tratamento e prevenção de doenças crônicas, assim como na promoção da saúde na comunidade além de manter as informações do SIAB atualizadas e participar no processo de avaliação integral.

O médico responsável da intervenção ofereceu seguimento de idosos mais fragilizados, para o desenvolvimento de pesquisas, avaliações clínicas e planejar e desenvolver ações de trabalho e políticas de saúde na área. Além disso, coordenaram ações com os integrantes da equipe do NASF, equipe odontológica e liderança da comunidade. Os ACS interagiram com os idosos, os integrantes da família, cuidadores e líderes da comunidade para conscientizá-los da necessidade da estratégia de intervenção, visitaram os idosos faltosos e ofereceram atividades de educação para a saúde com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos idosos e modificar modos e estilos de vida.

Antes da intervenção, as atividades de atenção à população idosa não tinham a sistematicidade e a qualidade requerida. A unidade básica de saúde não tinha um profissional médico para avaliar a população da área de abrangência, pelo que as ações de saúde constavam com avaliação de enfermagem.

A população idosa não tinha avaliação multidimensional rápida e o manejo das doenças não tinham um enfoque preventivo. A intervenção melhorou o fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional e a humanização da assistência médica. Neste momento, por meio da coleta de dados, permitiu o levantamento de informações necessárias e a tomada de ações de saúde tendo em conta as condições individuais da população alvo.

O impacto da intervenção na comunidade foi importante, pois buscou reforçar os cuidados domiciliares aos idosos trabalhando com a família. Permitiu um melhor nível de informação da população e capacitar progressivamente os membros das comunidades para o cuidado da sua própria saúde, promover junto com os ACS e outros profissionais de saúde atitudes tendo em conta a diversidade cultural. Foi promovida a formação de grupos de apoio, constituídos por integrantes da comunidade e a sistematicidade nas sessões de educação para a saúde no sentido de demonstrar a necessidade do cumprimento dos programas de saúde.

A intervenção poderia ter sido facilitada com a confecção previa da análise integral da situação de saúde da população idosa, com a identificação de riscos e agravos individuais, o que facilitaria estabelecer as prioridades de atenção e reavaliação. Trabalharia para promover o desenvolvimento de diferentes parcerias, articulando diferentes estruturas em serviços de apoio a saúde e educação.

Garantir uma informatização com qualidade que permita um processamento adequado das informações. Capacitaria os profissionais da saúde com estratégias comunicativas. Identificaria os profissionais de saúde de referência (Geriatra) de forma a obter-se um acompanhamento com qualidade.

A intervenção será incorporada a rotina do serviço. Para isto, vamos a desenvolver atividades de promoção de saúde na UBS e na comunidade com o objetivo de conscientizar a população na necessidade da atenção priorizada aos idosos. Vamos adequar os prontuários para poder coletar as informações que permitam uma melhor avaliação da população alvo e realizar uma adaptação dos procedimentos de assistência e de acolhimento existentes às características que apresentam as micro-áreas que conformam a área de abrangência da UBS.

No projeto de intervenção desenvolvido pela equipe ESF na UBS Barrinha num período de 12 semanas foram avaliados 166 pessoas com idade acima de 60 anos. Os resultados obtidos foram os esperados, por isso foi preciso planejar e desenvolver atividades encaminhadas a melhorar a qualidade na avaliação multidimensional rápida o que é uma ferramenta fundamental no acompanhamento do idoso. Qualitativamente a equipe de saúde obteve um ganho em conhecimento e habilidade que facilitou melhoras a qualidade da assistência médica e o manejo da pessoa idosa.

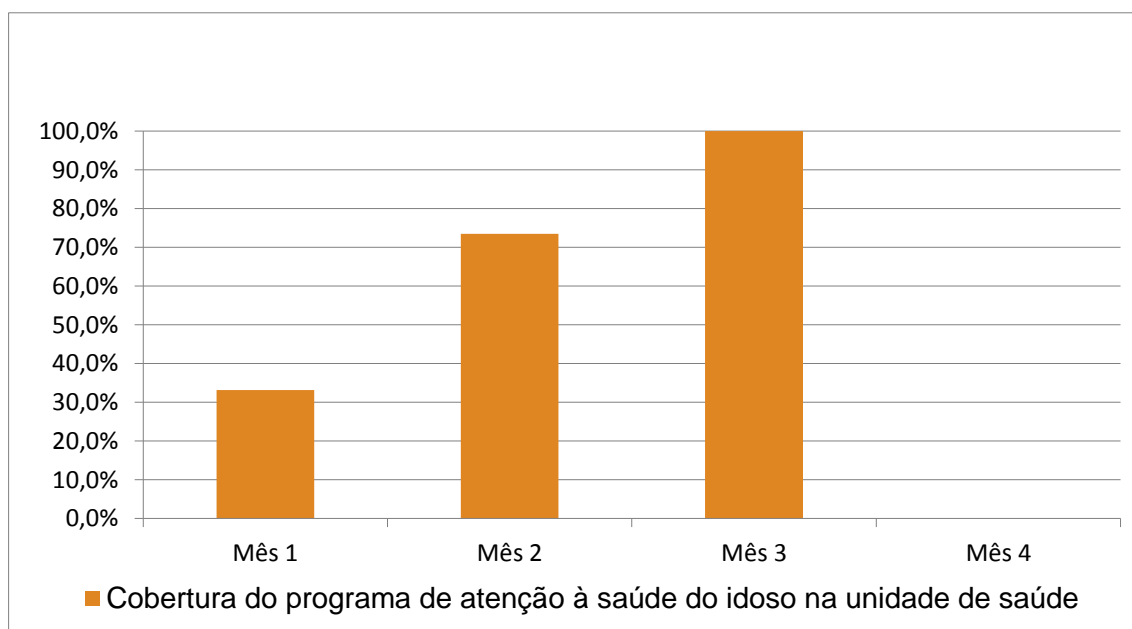
Capacitar à equipe de saúde, a liderança, os cuidadores de idosos e divulgar na área de abrangência da UBS o programa de saúde da pessoa idosa do Ministério de Saúde do Brasil facilitaram os resultados além da integração e intersectorialidade desenvolvida com especialistas do NASF, CRAS, educação e o trabalho com a comunidade e suas organizações. Outro aspecto facilitador foi à ação dos ACS que contribuiu ao êxito das ações.

Os aspectos dificultadores no projeto foram à falta de integração da equipe ESF, a falta frequente de água, a falta de informatização e a falta de capacitação dos programas de saúde no início da intervenção. Com o desenvolvimento do projeto e sua incorporação na rotina de trabalho tem-se garantido a qualidade nos serviços e a sistematicidade dos controles obtendo uma reinserção do idoso na sociedade e que possam envelhecer com dignidade.

5 Relatório da intervenção para gestores

O projeto de intervenção em saúde do idoso desenvolvido na área de abrangência da UBS Barrinha permitiu ganhos positivos para a equipe de saúde e a comunidade com a contribuição no processo de capacitação dos profissionais da equipe de ESF e comunidades, identificação de grupos de risco e a prevenção de doenças. Facilitou a colaboração com outras instituições, melhorou a integralidade nas visitas domiciliares, possibilitou realizar intervenções junto às famílias e comunidades, além de melhorar a qualidade de vida da população.

Participaram no estudo, 166 idosos que corresponde com 100% da população nessa faixa etária, 163 idosos cadastrados na UBS e dois idosos que completaram 60 anos durante o desenvolvimento da intervenção. Os participantes voluntários foram avaliados pela equipe multiprofissional com a identificação de doenças crônicas, fragilidade necessidade de atendimento odontológico e encaminhamento a outras especialidades. Ao longo da pesquisa foram proferidas palestras educativas com nutricionista, médico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo e preparador físico.



Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Durante este período foram identificados 111 idosos com HAS/DM, a maioria tinha dificuldades na adesão ao tratamento e outros não tinham diagnóstico da

doença pelo que a investigação contribui a melhorar a identificação de incidência de doenças não transmissíveis na população, prevenir fatores de risco e melhorar a qualidade de vida nos idosos. A realização de exame laboratorial aos idosos coordenada pelos gestores ajudou na qualidade da intervenção.

Na realização do projeto de intervenção sobre a saúde do idoso foi adotado o Manual Técnico de Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde 2006, responsabilizando-se a equipe de ESF com o desenvolvimento das atividades planejadas. Cada membro da equipe cumpriu as funções estabelecidas para garantir o êxito das atividades.

Dentro das atividades desenvolvidas estão: atualização do cadastro da população, citação para consulta de acompanhamento, recuperação de faltosos e realização de atividades de promoção de saúde na vivenda, o que foi feito pelos ACS atingindo 100% da população da área de abrangência. Foram estabelecidas as prioridades da atenção na UBS, o dentista e Técnica de saúde bucal realizaram a primeira avaliação e agendaram as consultas seguintes em dependência das necessidades individuais dos idosos.

Para acolher a demanda de intercorrências agudas nos idosos não foi necessário alterar a organização da agenda, eles foram priorizados nas consultas disponíveis para pronto atendimento. Para agendar os idosos provenientes da busca ativa foram reservadas cinco consultas por semana o que ofereceu assistência à demanda da população alvo.

O médico e enfermeiro fizeram contato com a associação de moradores e com os representantes da comunidade nas igrejas e escolas da área de abrangência, se apresentou o projeto esclarecendo à importância da realização da aplicação da estratégia de intervenção nos idosos, os líderes comunitários foram devidamente capacitados.

Efetuuou-se a criação de propaganda gráfica e foram escolhidas as pessoas que criaram a propaganda educativa, além dos lugares onde foram colocadas. O médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, dentista e Técnica de saúde bucal ofereceram atividades de intercâmbio semanal nos povoados da área de abrangência da UBS com a presença dos ACS de cada assentamento, para informar aos usuários de saúde as ações a realizar e esclarecer dúvidas e informar o planejamento do trabalho na seguinte semana.

Foram desenvolvidas tanto na consulta individual quanto na sala de espera atividades de educação para a saúde, outras atividades foram feitas na visita a família, nas instituições religiosas e educacionais além das reuniões dos grupos de idosos, os responsáveis foram os profissionais da equipe ESF os ACS o nutricionista o dentista a Técnica de saúde bucal e o orientador físico.

Com o envelhecimento progressivo da população a presença de doenças não transmissíveis e o aumento das doenças malignas nesta faixa etária os gastos com saúde serão progressivamente maiores. Porém, grandes gastos não garantem a melhoria da qualidade de vida dos idosos, sendo necessário o trabalho intersetorial para obter mudança na atenção à saúde do idoso.

No desenvolvimento do projeto foi importante a garantia do meio de transporte que facilitou o deslocamento dos especialistas para a realização das visitas domiciliares e o deslocamento dos idosos com problemas para se locomover até o local da UBS. O gestor garantiu o controle dos recursos necessários para a intervenção (pessoas, equipamentos e outros recursos materiais) nos levou a melhorar a qualidade dos controles e das informações que foram importantes para a avaliação do projeto.

Considerando que para obter melhorias na qualidade de vida da população é essencial o envolvimento, o empenho e a vontade de todas as estruturas da comunidade, é fundamental o funcionamento dos conselhos de saúde, a criação de um laboratório clínico além de garantir acesso aos serviços de eletrocardiografia, mamografia que permitam avaliar os riscos da população, lembrando que a maioria dos usuários possuem baixos recursos econômicos.

Também é preciso fornecer as UBS equipamentos para a realização da promoção em saúde, informatizando-as com o objetivo de melhorar a coleta de dados.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Para a produção de resultados satisfatórios da intervenção na comunidade, a equipe Estratégia da Saúde da Família, trabalhou em priorizar as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde das pessoas, de uma forma contínua e integral na unidade de saúde e no domicílio, com resolubilidade e boa qualidade. Para isso foi preciso conhecer as necessidades da população, identificadas a partir do diagnóstico realizado e do permanente acompanhamento das famílias adstritas,

intervindo sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta e criando grupos de apoio com membros da comunidade que ajudem na divulgação dos programas de saúde.

A participação dos idosos no projeto de intervenção foi voluntária sendo esclarecido o objetivo do mesmo. A população e amostra em estudo foram às pessoas com idade acima de 60 anos além da participação dos que arribarem a essa idade no desenvolvimento do projeto. A avaliação multidimensional rápida foi realizada através da consulta multiprofissional. Como resultados da consulta de avaliação foram detectados os problemas de saúde prioritários e os fatores de risco de morbimortalidade. Realizados os diagnósticos foram estabelecidos às intervenções necessárias para o momento como encaminhamentos para as especialidades que cada idoso necessitava ações de educação em saúde além de o treinamento aos cuidadores para melhorar a qualidade de vida dos idosos e sua participação na vida social e familiar,

No início da intervenção foram avaliados 166 idosos, o que corresponde com 100% da população alvo, 111 identificados com HAS/DM, muitos não tinha diagnóstico da doença pelo que isso foi um resultado muito importante da intervenção, 18 pessoas nessa faixa etária são acamados ou com problemas para se locomover pelo que melhorou sua identificação e controle. A identificação das necessidades de atendimento odontológico, avaliação da rede social, avaliação da fragilização na velhice e as atividades de educação para a saúde foram feitas aos 100% dos participantes na intervenção. A sistematização da assistência médica ao idoso saudável foi necessária para orientar na busca de promoção da saúde e na prevenção de doenças.

A intervenção será incorporada a rotina do serviço. Para isto vamos adequar os prontuários para poder coletar as informações que permitam uma melhor avaliação da população alvo e realizar uma adaptação dos procedimentos de assistência e de acolhimento existentes às características que apresentam as micro áreas que conformam a área de abrangência da UBS. As atividades de promoção de saúde serão desenvolvidas na unidade básica de saúde e na comunidade em parceria com outros setores e instituições religiosas, utilizando os meios de comunicação como espaços privilegiados para a disseminação da proposta e divulgação das experiências de trabalho.

Embora os esforços da equipe de saúde, com o intuito de humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população, é preciso proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais com participação comum com o objetivo de melhorar a qualidade de vida da população.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

A experiência de avaliação do trabalho no curso foi muito rica, tanto pelo contato com os orientadores que participaram do processo, quanto pela diversidade das avaliações e as características do trabalho nas UBS que permitiu o comprometimento com o projeto tanto de profissionais com níveis de capacitação e envolvimento distintos, quanto população da área de abrangência, gestores liderança e outros setores da comunidade.

Foi interessante observar o desenvolvimento do trabalho no curso e a inserção em atividades com complexidades crescentes. No desenvolvimento das tarefas do curso atualizei conceitos, melhorei no domínio do idioma português, adquiri conhecimento dos programas de saúde que melhorou meu desempenho profissional e adquiri habilidades no uso da informática. No início, os profissionais da saúde e a população alvo não ofereciam a importância necessária ao projeto, as limitações materiais e a falta de recursos para desenvolver as ações planejadas criaram uma expectativa negativa, mas o desenvolvimento das ações e as garantias dos recursos fizeram uma mudança na atitude das pessoas (profissionais, liderança e população).

O curso proporcionou aprendizados relevantes. A prática de procedimentos interdisciplinar e as estratégias planejadas no decorrer do curso permitiram compreender a responsabilidade do grupo como equipe e o papel de cada membro. Permitiu que o projeto conseguisse atingir a finalidade que se propõe uma melhor qualidade de vida e de saúde para os usuários idosos. As atividades do curso permitiram avaliar a intervenção comunitária como uma ferramenta de excelência para atuar na promoção da saúde. Outro aspecto importante é a educação continuada e permanente como necessidade de superação e atualização dos profissionais de saúde.

Referências

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

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

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

_____.Ministério da Saúde. **PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 1.369, de 8 de Julho de 2013**. Disponível em:www.bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/pri1369_08_07_2013.html

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

Apêndice

Apêndice A – Fotografias da intervenção



Figura 4: UBS Barrinha Matias Olimpo, PI, 2015.



Figura 5: Avaliação clínica do idoso na UBS Barrinha, Matias Olimpo, PI, 2015.



Figura 6: Avaliação no atendimento odontológico do idoso na UBS Barrinha, Matias Olimpo, PI, 2015.

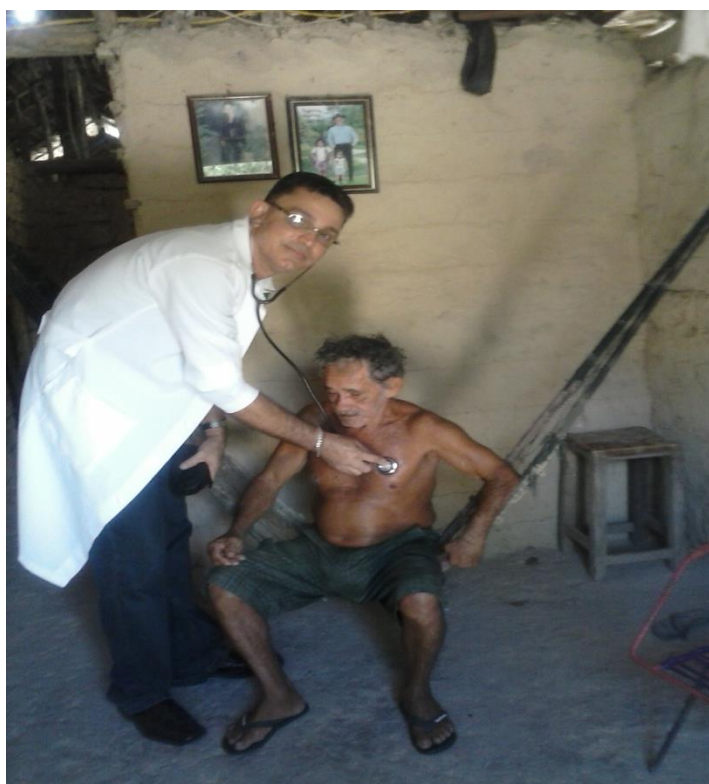


Figura 7: Visita Domiciliar do idoso na UBS Barrinha, Matias Olimpo, PI, 2015.



Figura 8: Visita Domiciliar do idoso com ACS na UBS Barrinha, Matias Olimpo, PI, 2015.



Figura 9: Visita Domiciliar na UBS Barrinha, Matias Olimpo, PI, 2015.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Srª

Proª 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.

Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Anexo B - Planilha de coleta de dados

Coleta de Dados Final [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel

Área de Transferência

Calibri 11

Quebrar Texto Automaticamente

Mesclar e Centralizar

Alinhamento

Número

Estilo

Células

AutoSoma

Preencher

Limpar

Classificar e Filtrar

Localizar e Selecionar

Edição

AH81

Indicadores de Saúde do Idoso - Mês 1										
Dados para coleta	Número do idoso	Nome do idoso	Idade do idoso	O idoso está com a Avaliação Multidimensional Rápida em dia?	O idoso está com exame clínico apropriado em dia?	O idoso é hipertenso e/ou diabético?	O idoso hipertenso e/ou diabético está com solicitação de exames complementares periódicos em dia?	O idoso está com prescrição de medicamentos prioritariamente pela Farmácia Popular?	O idoso está acamado ou tem com problemas de locomoção?	
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de idosos cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	
73	70									
74	71									
75	72									
76	73									
77	74									
78	75									
79	76									
80	77									
81	78									

Pronto

100%

POR 18:59
PTB2 07/07/2015

CONSULTA CLÍNICA

CONSULTA CLÍNICA									
						PARA PORTADORES DE HAS E/OU DM			
Data	Idade	Profissional que atendeu	Pressão arterial (mmHg)	Peso (kg)	IMC (kg/m ²)	Estratificação de risco		Exame dos pés (normal ou alterado)	Exame físico (normal ou alterado)
						Framingham	Lesões órgão alvo		
Tem fragilidade?	Orientação nutricional		Orientação sobre atividade física		Orientação para cuidados com saúde bucal	Data da visita domiciliar (se necessária)	Data da busca (se necessária)	Data da próxima consulta	

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