

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma nº9**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Qualificação da Atenção do Programa de Saúde da Pessoa Idosa na USF Gentil
Perdomo no Município de Rio Branco - Acre**

Thiago das Neves Carvalho

Pelotas, 2016

Thiago das Neves Carvalho

**Qualificação da Atenção do Programa de Saúde da Pessoa Idosa na
USF Gentil Perdomo no Município de Rio Branco – Acre**

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

Orientador: Jandro Moraes Cortes.

Pelotas, 2016

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

C331q Carvalho, Thiago das Neves

Qualificação da Atenção do Programa de Saúde da Pessoa Idosa na USF Gentil Perdomo no Município de Rio Branco – Acre / Thiago das Neves Carvalho; Jandro Moraes Cortes, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

84 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2016.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Saúde do Idoso 4.Assistência domiciliar 5.Saúde Bucal I. Cortes, Jandro Moraes, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Quero dedicar este meu trabalho à minha família, apoiadores incondicionais na minha vida profissional.

Agradecimentos

Quero agradecer, em primeiro lugar, a Deus, pela força e coragem durante toda esta longa caminhada, por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades.

À minha família, que sempre deram para mim seu apoio incondicional durante todos estes anos de luta e sacrifício no sacerdócio da medicina.

Agradeço também aos amigos e colegas, pelo incentivo e pelo apoio constantes.

À minha equipe de trabalho, coordenação do Programa Mais Médicos, que sem eles nada disso teria sido possível.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

Resumo

CARVALHO, Thiago das Neves. Qualificação da Atenção do Programa de Saúde da Pessoa Idosa na USF Gentil Perdomo no Município de Rio Branco – Acre. 2016. 81f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

Para o desenvolvimento deste trabalho utilizamos o estudo exploratório, de campo com uma abordagem qualitativa e quantitativa. O objetivo deste estudo se tornou focalizado para Melhorar a qualidade da atenção primária à saúde que é ofertada às pessoas acima dos 60 anos de idade, pertencentes à área de abrangência da Unidade de Saúde da Família (USF) Gentil Perdomo em Rio Branco/AC. O estudo foi realizado junto à equipe de saúde da família (ESF) da Unidade de Saúde da Família Gentil Perdomo, que dá cobertura à saúde da família e que pertence ao segmento do Centro de Saúde Barral e Barral, no município Rio Branco, na capital do estado de Acre. As ações propostas permitiram: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso; Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde, Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso e Mapear os idosos de risco da área de abrangência. Os resultados desta intervenção foram descritos e expostos em gráficos para uma melhor compreensão qualitativa e quantitativa assim como seu análise de maneira a serem abarcados. Ampliou-se a cobertura para 287 idosos que representaram o 100 %; cadastrando 38 usuários representativos da totalidade das pessoas idosas acamados ou com problemas de locomoção; realizando a busca de todos os faltosos às atividades desenvolvidas; confeccionando e atualizando registros específicos e a caderneta de saúde da pessoa idosas para a totalidade dos cadastrados, com a consequente avaliação de risco de morbimortalidade e indicadores de fragilização destes assim como a realização de atividades de promoção de saúde. Foi apresentada aos gestores e comunidade os resultados obtidos, o estudo nos mostra avanços nas práticas de saúde direcionadas à população de sessenta anos e mais, uma vez que essas vem sendo realizadas de forma a contribuir para o processo de melhoria de qualidade de vida da população idosa, de inclusão na rotina de trabalho da unidade de saúde com enfoque principal na prevenção de doenças, controle de agravos, através do fortalecimento da mudança de comportamento da população idosa.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Distribuição por faixa etária e sexo dos usuários cadastrados. USF Gentil Perdomo no Município de Rio Branco - Acre.	13
Figura 2	Fotografia do atendimento médico feito à usuária participante da intervenção.	39
Figura 3	Gráfico 1: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde. USF Gentil Perdomo no Município de Rio Branco - Acre.	43
Figura 4	Gráfico 2: Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia	44
Figura 5	Gráfico 3: Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia	45
Figura 6	Gráfico 4: Proporção de pessoas idosas rastreadas para HAS	46
Figura 7	Gráfico 5: Proporção de pessoas idosas rastreadas para DM.	47
Figura 8	Gráfico 6: Proporção de pessoas idosas com solicitação de exames complementares periódicos em dia	48
Figura 9	Gráfico 7: Proporção de pessoas idosas com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular.	50
Figura 10	Gráfico 8: Proporção de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.	52
Figura 11	Gráfico 9: Proporção de pessoas idosas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	53
Figura 12	Gráfico 10: Proporção de pessoas idosas com primeira consulta odontológica programática.	54
Figura 13	Gráfico 11: Proporção de pessoas idosas com avaliação de alterações de mucosa bucal.	55
Figura 14	Gráfico 12: Proporção de pessoas idosas com avaliação de necessidade de prótese dentária	56
Figura 15	Gráfico 13: Proporção de pessoa idosa com registro na	57

	ficha de acompanhamento/espelho em dia.	
Figura 16	Gráfico 14: Proporção de pessoa idosa com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa	58
Figura 17	Gráfico 15: Proporção de pessoa idosa com avaliação de risco para morbimortalidade	59
Figura 18	Gráfico 16: Proporção de pessoas idosas com Avaliação Multidimensional Rápida em dia	60
Figura 19	Gráfico 17: Proporção de pessoa idosa com avaliação da rede social em dia	61
Figura 20	Gráfico 18: Proporção de pessoa idosa que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.	62
Figura 21	Gráfico 19: Proporção de pessoa idosa que receberam orientação para a prática regular de atividade física	63
Figura 22	Gráfico 20: Proporção de pessoa idosa que receberam orientação sobre higiene bucal.	64

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

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

Sumário

Apresentação	9
1 Análise Situacional	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	11
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	18
2 Análise Estratégica	19
2.1 Justificativa.....	19
2.2 Objetivos e metas.....	21
2.2.1 Objetivo geral	21
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	21
2.3 Metodologia.....	23
2.3.1 Detalhamento das ações.....	23
2.3.2 Indicadores.....	28
2.3.3 Logística	34
2.3.4 Cronograma	37
3 Relatório da Intervenção.....	38
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	38
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	40
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	40
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	40
4 Avaliação da intervenção.....	42
4.1 Resultados	42
4.2 Discussão.....	64
5 Relatório da intervenção para gestores.....	66
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	70
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	72
Referências	74
Anexos	75

Apresentação

O presente Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família EaD da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS, foi desenvolvido como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família. Com a participação do profissional no Projeto Mais Médicos para o Brasil, foi escolhida dentre as ações programáticas, o foco de saúde do idoso, considerando tratar-se de uma temática de grande impacto na sociedade atual brasileira e mundial com o aumento da expectativa de vida. O volume está organizado de forma que, na primeira parte está uma Análise Situacional, que foi realizada como embasamento importante e necessário para apropriação do cenário no qual seria proposta a implementação do projeto.

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

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

A Avaliação da Intervenção, aparece na parte quatro, trazendo elementos como os resultados com as respectivas reflexões e análises, além de uma parte de discussão e os relatórios elaborados para os gestores e comunidades.

São apresentados ainda uma reflexão sobre o processo de aprendizagem na parte cinco. Ao final, encontram-se as referências utilizadas e os anexos do volume.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Estou alocado na Unidade Básica de Saúde (UBS) que se chama Gentil Perdomo da Rocha, Rio Branco, Acre. A Unidade de Saúde foi reformada em 2012, atualmente é composta de um estacionamento para 4 vagas, com cobertura. Na entrada da unidade, há uma rampa para cadeirantes, uma recepção, um banheiro masculino, feminino e para deficiente físico, uma sala de pré-consulta, farmácia, sala de vacina, corredor amplo, sala de espera com um bebedouro e uma televisão, sala de medicação, sala de Hipertensão, um consultório odontológico, três consultório de enfermagem, três consultórios médico, sala de curativo, uma área restrita com uma copa, banheiro feminino, masculino, dispensa, almoxarifado, expurgo, sala da coordenação. É importante destacar que toda área da unidade é climatizada.

Atualmente, a UBS está estruturada para 3 equipes de saúde, porém há deficiência com relação ao profissional odontólogo, pois há somente 1 para as três equipes. Em princípio as consultas médicas eram realizadas mediante fichas, distribuídas pela manhã, num total de 26 a 30 usuários por dia. Por exigência minha, analisando a situação que era caótica, implantei consultas agendadas, a qual, o usuário marca no dia anterior para ser atendido no dia seguinte com hora marcada, calculando 15 minutos por cada usuário. Com isso, a unidade fica mais organizada, sem aglomerações de pessoas, desnecessariamente.

Caso necessite, atendemos sem agendamento os casos urgentes existentes como: crise hipertensiva, hiperglicemia, febre, dispneia e, outras situações importantes. A demanda é muito grande para o atendimento, muitos usuários ficam sem ser avaliados. É notável que, essa estrutura não abrange toda a área adstrita, pois esta apresenta, aproximadamente 21.000 pessoas. De acordo com estes dados, seria necessário no mínimo mais 3 equipes de saúde. Diante do exposto,

nesse momento é praticamente impossível realizar todos os programas estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Os programas realizados na UBS são: Hipertensão (recentemente implantado), pré-natal, puerpério, prevenção do câncer de colo útero e prevenção de câncer de mama, consulta a demanda (recém-nascido e idoso), programa de imunização e saúde bucal.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Como parte das medidas para a melhora da qualidade da atenção à saúde da população brasileira chegou o Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB); com ele tive a oportunidade de vir trabalhar na terra onde nasci e, onde atuo como parte desse projeto: Rio Branco, capital do Acre, na região norte do Brasil. Neste município existem uma população de 357.194 pessoas (IBGE, 2010). A prefeitura do município mediante a Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), disponibiliza um acesso à atenção em saúde distribuído em vários estabelecimentos assistidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) que são: 63 UBS - sendo 53 destas com Equipe de Saúde da Família (ESF) e, mais 13 do modelo tradicional; no município ainda possui um Centro de Apoio Diagnóstico (CAD), 1 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); 2 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), 1 Laboratório Central (LACEN). Pela condição de município capital do estado temos a vantagem de ter quatro Hospitais (Hospital da Maternidade, Hospital da Criança, Hospital das Clínicas, Hospital Psiquiátrico do Acre).

A UBS na qual atuo no PMMB em Rio Branco, se localiza numa área urbana, anteriormente abrangia uma população muito grande e, há poucas semanas a gestão de saúde local decidiu diminuir sua área adstrita compartilhando-a com outra unidade de saúde de maior porte, para ser mais acessível o acompanhamento da população que está em crescimento. Identifica-se com o nome de UBS Gentil Perdomo da Rocha vinculada ao SUS, articulando-se à rede local de saúde mas não tem vínculo com instituições de ensino. Trabalhamos no modelo de UBS com ESF, integrada por um médico, uma enfermeira-coordenadora, uma técnica enfermagem,

9 ACS, um cirurgião dentista e uma assistente odontológico e duas encarregadas de serviços gerais.

A nossa UBS Gentil Perdomo da Rocha, foi reformada em 2012, composta de um estacionamento para 4 vagas, com cobertura. Na entrada da unidade, uma rampa para cadeirantes (sem corrimão), uma recepção, banheiro masculino, feminino e para deficiente físico equipados, uma sala de acolhimento, farmácia, sala de vacina, corredor amplo (sem corrimão), sala de espera confortável para 35 lugares, com um bebedouro e uma televisão, sala de medicação, consultório odontológico, três consultório de enfermagem, três consultórios médicos (um com banheiro privado), sala de curativo, uma área restrita com uma copa, banheiro feminino e masculino para os funcionários, dispensa, almoxarifado, expurgo e sala da coordenação. É importante destacar que, toda área da unidade é climatizada e vigiada por câmeras de segurança. Nos corredores, não há corrimãos e sinalização dos ambientes que permitam a comunicação em Braille. Aguardamos a resposta da SEMSA em relação ao nosso pedido de instalação de sinalizações e, dispositivos que complementem o acesso e informação para pessoas portadoras de deficiências.

Seria de grande importância um sistema informático integral, para todas as unidades pois tudo é feito manualmente, dificultando e atrasando um serviço que poderia ser mais eficiente e dinâmico. Há um projeto de implantação gradual do e-sus mas, ainda pode demorar mais um pouco.

Nossa equipe de saúde da família abrange, atualmente, uma população de 3.890 pessoas (DAB-SEMSA, 2015). A seguir, apresenta-se um quadro onde se mostra a distribuição por grupos etários e sexo.

Faixa etária	Mulher	Homem	Total
Menor de 1 ano	42	57	99
Menor de 5 anos	65	119	184
Entre 5 e 14 anos	133	230	363
Entre 15 e 59 anos	1 875	1 082	2 957
60 anos e mais	102	185	287
Total	2 217	1 673	3 890

Figura 1: Distribuição por faixa etário e sexo dos usuários cadastrados. USF Gentil Perdomo no Município de Rio Branco - Acre.

Fonte: Fichas de saúde familiar.

Anteriormente, nossa população era muito maior, produto à reestruturação da área foi estabelecida a nossa abrangência, nessa quantidade já explicada no quadro anterior e, desta maneira já podemos atender a demanda dessa população como preconizado pelo MS, em relação à quantidade de s para acompanhamento de cada UBS.

Falando em demanda espontânea, nossa unidade tem um bom serviço na medida do possível, tanto na recepção até chegar à consulta médica. É enfatizado aos integrantes da UBS, para termos uma atenção redobrada em questões de prioridades de atendimento de demanda espontânea como hipertensão, hiperglicemia, febre alta, dispneia, queixas urinárias, diarreias e outras sintomatologias importantes. Aos s, em que são verificados que não necessitam de atendimento urgente, agendamos para esse dia ou para o dia seguinte, segundo a disponibilidade de vagas para atendimento com o profissional médico, sempre informando e tranquilizando o mesmo.

A saúde da criança é uma das áreas prioritárias dentre o trabalho da ESF. Temos um total de 327 crianças na faixa etária de 0 a 72 meses. Há um mês iniciamos de forma mais organizada e preconizada pelo SUS, consultas de puericultura representando no CAP um 90 % de cobertura e onde os membros da ESF trabalham em conjunto e são feitas várias ações como vacinação, consulta de enfermagem, consulta de acompanhamento médico e promoção de saúde pelos ACS. Essas atividades são prioritárias sempre que possível nas crianças, até os dois anos de idade, de maneira mensal, sendo que as outras crianças não necessariamente são avaliadas todos os meses. Para a realização destas atividades utilizamos como guia de orientação o Caderno da Atenção Básica (CAB) Nº 23: Nutrição Infantil, aleitamento materno e complementar, assim como, o CAB Nº 33 Crescimento e desenvolvimento da Criança. Considero um trabalho ótimo, esse que se faz periodicamente onde avaliamos os aspectos mais significativos relativos à cobertura e, a aceitação da população tem sido muito boa conferida pela assistência às atividades feitas na UBS. As informações são devidamente colhidas nas cadernetas da criança e nos prontuários de maneira que sirvam para analisar o comportamento da saúde da criança.

O acompanhamento ao pré-natal e puerpério recebe também muita atenção pela nossa equipe. Acompanhamos atualmente 89 grávidas e 69 puérperas e no CAP apresentamos esses indicadores com 78 %. As consultas na USF são

realizadas 2 vezes na semana em dois turnos, ou seja, 8 consultas pela manhã e 4 consultas pela tarde, totalizando uma média 24 atendimentos por semana. Os atendimentos são realizados pelo médico e pela enfermeira (a maioria), porém, a uma grande harmonia entre a equipe. Também fazemos grupos de grávidas mensalmente, com a finalidade enfatizar a importância da presença destas em todas as consultas de pré-natal preconizada pela ESF, como também, ter uma boa alimentação e sobretudo orientações para uma ótima gravidez. Vejo, que para realizar um melhor atendimento, principalmente as consultas de puerpério, teremos que capacitar mais aos ACS que, são o primeiro contato entre a UBS e a puérpera após sua saída da maternidade. Dispomos na UBS do CAB Nº 32 Pré-Natal de baixo risco, ferramenta muito útil que serve para seguir os protocolos do MS para essa área de trabalho na APS.

A saúde da mulher é uma das outras prioridades do nosso trabalho na atenção básica, sendo considerado de grande transcendência pelo fato de que constitui o câncer, uma das principais causas de mortalidade no Brasil e no Mundo. A prevenção do câncer de mama e do câncer de colo de útero tem muita dedicação por parte dos membros da ESF que, não só dedicam-se à realização de exames de mama e solicitação de mamografia nos grupos de risco, como na realização da Prevenção do Câncer de Colo de Útero (PCCU), também se desenvolvem ações de promoção direcionadas à comunidade de mulheres na faixa etária compreendida como risco.

Trabalhamos com apoio no CAB Nº 13: Controle Câncer Colo Útero Mama. O controle do câncer do colo do útero é feito pela enfermeira, 2 vezes por semana, numa média de 80 realizações de PCCU por mês, atendendo uma pequena demanda deprimida de outras localidades. As orientações para realização de exame preventivo são feitas nas consultas médicas, visita dos ACS na comunidade, consulta de enfermagem, folhetos informativos e campanhas. As usuárias apresentam os resultados na consulta médica ou de enfermagem. Em caso de resultados anormais referenciamos para consulta especializada, seguindo conjuntamente ela pela unidade. As requisições de mamografia são realizadas nas consultas médicas e de enfermagem (solicitada a partir dos 50 anos), esclarecendo a necessidade da realização deste exame e da auto exploração. Enfatizamos que as usuárias tenham um compromisso de procurar a unidade básica para avaliação periódica e anual, facilitando um melhor controle, com intuito de oferecer uma

medicina preventiva preconizada pelo SUS. Na UBS, é realizada no mês de outubro, uma campanha que chama-se “Outubro Rosa”, para enfatizar a realização dos cuidados à mulher.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) são doenças crônicas muito frequentes na população, sendo as principais que são padecidas e que levam a condições de limitação e invalidez quando apresentam-se suas complicações. Nossa UBS faz atendimento diário para s hipertensos e diabéticos, em 2 turnos, sendo consultas planejadas naqueles s que estão cadastrados. Nossos registros possuem um total de 385 pessoas com HAS e 201 com DM em usuários com 20 anos e mais. Em todas as consultas enfatizamos a importância do acompanhamento que deve ser feito periodicamente além dos cuidados individuais, com isso, fortalecemos um boa relação usuário e equipe de saúde, que inicia desde o seu ACS até a consulta médica, garantindo um atendimento regular preconizado pelo os programas da estratégia de saúde da família, incluindo promoção para hábitos saudáveis. Nossa ESF trabalha com base nos CAB Nº 15 e Nº 16 Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus respectivamente, aderindo-nos aos fluxos de acompanhamento e esquemas de tratamento preconizados pelo MS.

O envelhecimento populacional é uma tendência visível nos últimos anos, onde tem diminuído significativamente os nascimentos e aumentado a expectativa de vida da população, o Brasil não escapa dessa situação e cabe a nós profissionais da APS enfrentá-la para garantir envelhecimento com saúde de qualidade. As consultas para idosos são feitas todos os dias em minha unidade, são realizadas em dois turnos, correspondendo a grande maioria. Atendemos a demanda, consulta de retorno e de urgência (crise hipertensiva, hiperglicemia, dispneia e outros). Nos atendimentos enfatizamos a importância do idoso fazer o tratamento prescrito diariamente, ter uma boa alimentação, hidratação, realizar exercício conforme as suas limitações e alertar a necessidade de ser acompanhado na sua unidade, periodicamente, para evitar complicações de sua saúde tanto crônica como aguda. Aprecia-se que no CAP existe um 60 % de cobertura da saúde da pessoa idosa, com baixa adesão nas atividades na UBS e com uma evidente falta de acompanhamento das doenças crônicas assim como saúde bucal representados por uma porcentagem baixa em 37 % com acompanhamento de Hipertensão arterial sistêmica e 26 % de Diabetes mellitus principalmente, chamando a nossa atenção.

A ESF realiza atendimentos domiciliares para idosos acamados ou com deficiência que impeçam seu deslocamento até unidade. Realizamos todos os meses o grupo de idosos com objetivo de atrair esses usuários, para uma melhor proximidade entre eles e a equipe de saúde, onde oferecemos para eles atividades educativas e socialmente úteis, que amenizem a sua vida e lhes motivem a se cuidar. Também aqui apoiamo-nos no CAB Nº 19: Envelhecimento da Pessoa Idosa, onde seguimos o roteiro disponibilizado pelo MS, para as atividades de acompanhamento desse grupo populacional, representado na nossa área por 287 pessoas.

A saúde bucal é prioritária na Atenção Básica e, na nossa UBS é um dos programas mais deficientes, primeiro porque não há estrutura física para 3 cirurgiões dentistas e seus respectivos técnicos e segundo informações da gestão não há previsão para resolver essa deficiência. Tal precariedade já citada, está atrapalhando a realização das atividades programáticas dessa área e das outras que a compreendem para universalizar seu atendimento. Os atendimentos são realizados todos os dias, 9 consultas de manhã e 4 à tarde, incluindo 3 de urgências. Há certas situações, onde as consultas são canceladas por falta de alguns insumos e defeito de aparelhos como autoclave e cadeira. Por vários motivos mencionados, fica praticamente impossível a realização de uma estratégia de saúde bucal pela demanda existente e sobretudo, de uma ineficiência dos gestores municipais para a resolução desse problema, para o qual estamos aguardando soluções que deve dar a SEMSA.

Penso que os maiores desafios para nós, é melhorar a prestação de serviços de saúde à comunidade, melhorar as coberturas de acompanhamento das crianças, das grávidas, das puérperas, das pessoas com HAS e/ou DM, assim como, a saúde do Idoso e a saúde bucal da nossa população. Como estratégias, temos a atualização e capacitação permanente dos membros da ESF, em relação aos protocolos e CAB, por outra parte, temos a esperança de que os gestores resolvam melhorar a estratégia da saúde bucal, a qual, após a reestruturação da nossa abrangência, ficaria possível melhorar a cobertura em todos os grupos prioritários da nossa população.

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

Uma vez realizada a Análise Situacional de Saúde (ASS), podemos comparar e estabelecer um antes e um depois ao falar da situação existente na ESF/APS na nossa UBS. As informações que possuíamos quando começamos não eram o suficientemente confiáveis, para ter ciência da situação existente na saúde da população atendida visão que mudou após executar a ASS, pois com a coleta de dados feita, com o preenchimento e avaliação dos dados do Caderno de Ações Programáticas (CAP) foi que chegamos ao resultado certo da situação existente. Sem dúvida após realizar a ASS foi que conseguimos nos encaminhar na direção do problema de saúde que, mais exigia da nossa atenção e nesse sentido trabalhar sempre sem descuidar as restantes atividades na UBS.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

O envelhecimento, antes considerado um fenômeno, hoje, faz parte da realidade da maioria das sociedades. O mundo está envelhecendo. Tanto isso é verdade que, se estima para o ano de 2050 que existam cerca de dois bilhões de pessoas de sessenta anos ou mais no mundo, a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento. No final da década de 90, a Organização Mundial de Saúde (OMS) passou a utilizar o conceito de “envelhecimento ativo” buscando incluir, além dos cuidados com a saúde, outros fatores que afetam o envelhecimento. Pode ser compreendido como o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas. (FRANCISCO 2015)

No ano 1991, a Organização das Nações Unidas (ONU) lançou uma Carta de Princípios para as Pessoas Idosas. (NAÇÕES UNIDAS 1999)

No Brasil identificam-se Marcos Legais Nacionais que favoreceram o percurso de amadurecimento sobre a questão do envelhecimento: a Constituição Federal de 1988 e a Política Nacional do Idoso, e estabelecida em 1994 (BRASIL Lei 8.842).

Nossa UBS se encontra numa zona urbana, no município de Rio Branco, capital do estado Acre, ao norte do Brasil. A área de abrangência da unidade corresponde no momento a 3.890 pessoas, aproximadamente 771 famílias, que são atendidas por uma ESF que está integrada por um médico, uma enfermeira, uma técnica enfermagem, nove ACS, um cirurgião dentista e uma assistente odontológica. De acordo com os dados existentes no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) da SEMSA, a UBS Gentil Perdomo conta com um total de 287 idosos. No momento, apresentamos uma cobertura de aproximadamente 62%

(equivalente a 171 pessoas idosas já cadastradas) da população alvo, tendo uma boa adesão na ESF, mantendo a qualidade de nosso atendimento com aprimoramento, informação e curso de orientação para os cuidados corretos de uma pessoa idosa aos profissionais de saúde, comunidade, cuidadores e público em geral. Para melhor definição sobre a situação dos idosos, na área de abrangência da UBS, estamos possibilitando com que as ações propostas no caderno de ações programáticas sejam realizadas em todos os idosos, e visando atingir 100% deles, especialmente, no correspondente ao exame físico e multidimensional, saúde bucal, idosos faltosos, a consulta, a utilização da caderneta do idoso e a ficha espelho.

Parte inferior do formulário

A escolha do foco da intervenção pretende promover aos idosos uma participação maior e mais ativa dentro da comunidade, dentro de seus lares, explicando o quanto se pode ter uma boa qualidade de vida, ouvindo-os sempre que necessário, para que possam ter uma velhice mais tranquila mais saudável e mais digna possível. Parte inferior do formulário

A Ação Programática na Saúde do Idoso é de extrema importância assim como a saúde da criança, pois são os dois extremos da vida mais susceptíveis, temos que ter um olhar bem distinto para ambos, buscando sempre a melhora dos serviços ligados a essa área com olhos mais críticos, mas preocupados.

O trabalho em conjunto abre as portas para o bom desenvolvimento das ações em geral e, é o facilitador da relação entre a comunidade e a equipe de Saúde da família, tornando-se um vínculo com muitos benefícios para ambas as partes, o que torna a equipe, um exemplo de esforço para que todos esses projetos deem certo. Passamos por muitas dificuldades, até mesmo de transporte para chegarmos às visitas domiciliares ou, para que possa ser feito o envio de algum idoso para atendimento, em um nível secundário ou terciário dependendo de sua condição de saúde que impede ou não se locomover no momento necessário. Posso afirmar que os aspectos que viabilizam a intervenção são propriamente da vontade, disposição da equipe como tal, pois estão todos engajados para que essa intervenção, seja feita para fins de natureza humanitária, para que possam conhecer realmente suas áreas de abrangência, a convalescência de sua população e uma maneira de poder ajuda-los, sempre que necessário dentro ou até mesmo fora de sua possibilidade.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Qualificar a Atenção à Saúde dos Idosos da UBS Gentil Perdomo, no Município de Rio Branco, estado do Acre.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo1: Ampliar a cobertura do Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde da pessoa idosa da área da UBS para 100%.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção à pessoa idosa na UBS.

Meta 2.1: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% das pessoas idosas da área da UBS. (Utilizar como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde).

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas idosas.

Meta 2.3: Rastrear 100% das pessoas idosas para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Meta 2.4: Rastrear 100% das pessoas idosas para Diabetes Mellitus (DM).

Meta 2.5: Realizar exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para idosos com diabetes.

Meta 2.6: Solicitar exames complementares periódicos para 100% das pessoas idosas.

Meta 2.7: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% das pessoas idosas

Meta 2.8: Cadastrar 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Meta 2.9: Realizar visita domiciliar a 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

Meta 2.10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas idosas.

Meta 2.11: Realizar a primeira consulta odontológica para 100% das pessoas idosas.

Meta 2.12: Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% das pessoas idosas cadastradas.

Meta 2.13: Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% das pessoas idosas cadastradas.

Objetivo 3: Melhorar a adesão das pessoas idosas ao Programa de Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 3.1: Buscar 100% das pessoas idosas faltosas às consultas programadas.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

Meta 4.2: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% das pessoas idosas cadastradas.

Objetivo 5: Mapear o risco das pessoas idosas.

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% das pessoas idosas

Objetivo 6: Promover a saúde das pessoas idosas.

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% das pessoas idosas.

Meta 6.3: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% das pessoas idosas cadastradas.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na UBS Gentil Perdomo, no Município de Rio Branco, estado do Acre. Participarão da intervenção todos os idosos que são atendidos e que façam parte dos cadastros da UBS. Com relação a cada objetivo específico da respectiva ação programática, vamos buscar desenvolver algumas ações em quatro eixos, os quais são: Monitoramento e Avaliação, organização e gestão de serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica.

2.3.1 Detalhamento das ações

na ficha de acompanhamento para indicador o idoso que, provavelmente, terá que realizar o hemoglicoteste o qual receberá um atendimento prioritário.

Engajamento público

Os ACS precisarão orientações à comunidade mediante palestras nas áreas semanalmente sobre a importância do rastreamento para DM nas pessoas idosas com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica e além disso oferecerão orientar relacionadas com os fatores de risco para o desenvolvimento de DM.

Qualificação da prática clínica

Será o médico e enfermeira quines irão capacitar nas primeiras semanas a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em pessoas idosas com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, mas a maior responsabilidade será da enfermeira nesta atividade.

Meta 2.6: Solicitar exames complementares periódicos para 100% das pessoas idosas.

Ações

Monitoramento e Avaliação

Os ACS realizarão monitorização sobre o número de pessoas idosas com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde, utilizando para isso os prontuários e FE deles, semanalmente e checados pela enfermeira. Monitorar o número de pessoas idosas com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada.

Organização e gestão do serviço

O médico tem que garantir a solicitação dos exames complementares em cada consulta semanal aos idosos assim como garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo e estabelecendo sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados conseguindo assim um controle nesses casos.

Engajamento público

Os ACS serão responsáveis em orientar os usuários e a comunidade em contatos ou palestras nestas últimas quanto a necessidade de realização de exames complementares, orientando também os usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Qualificação da prática clínica

A enfermeira capacitará a equipe em reunião na UBS para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares.

Meta 2.7: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% das pessoas idosas

Monitoramento e Avaliação

A enfermeira monitorará o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular / Hiperdia e será responsável por essa atividade a qual realizará semanalmente.

Organização e gestão do serviço

A enfermeira deverá realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos semanalmente na UBS de maneira que possa manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Engajamento público

Os ACS proporcionarão orientações à comunidade em contatos nas áreas a cada duas semanas quanto ao direito dos s de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Qualificação da prática clínica.

O médico e a enfermeira realizarão auto preparação profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes apoiados nos protocolos disponibilizados pelo MS, depois oferecerão uma capacitação básica à equipe para que consigam orientar os s sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Meta 2.8: Cadastrar 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Meta 2.9: Realizar visita domiciliar a 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

Monitoramento e Avaliação

ACS previamente escolhidos irão monitorar o número de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção cadastrados de maneira que possam realizar a visita domiciliar para essas pessoas camadas ou com problemas de locomoção os membros da ESF semanalmente.

Organização e gestão do serviço

Cada ACS terá garantir o registro das pessoas idosas acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa assim como agendar visitas da sua área, sendo esta ação monitorizada pela enfermeira com periodicidade semanal em reuniões de equipe.

Engajamento público

ACS informarão a comunidade, em reuniões ou contatos nas suas áreas, sobre a existência do Programa de Atenção à Pessoa Idosa da Unidade de Saúde, da maneira de solicitar visita domiciliar e informar a sua disponibilidade o que será feito quinzenalmente.

Qualificação da prática clínica

O médico realizará uma capacitação os ACS nas primeiras semanas da intervenção para orientar como acontecerá o cadastramento das pessoas idosas acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência.

Meta 2.10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas idosas.

Meta 2.11: Realizar a primeira consulta odontológica para 100% das pessoas idosas.

Ações.

Monitoramento e Avaliação

O cirurgião dentista e sua assistente irão monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico e acompanhamento de pessoas idosas, apoiados nos cadastros realizados pelos ACS e FE odontológica semanalmente.

Organização e gestão do serviço

A equipe odontológica que trabalha conosco na UBS junto aos ACS selecionados para esta atividade deverão organizar acolhimento a pessoas idosas na unidade de saúde, cadastra-as assim como oferecer atendimento prioritário e organizar agenda de saúde bucal para atendimento das pessoas idosas.

Engajamento público

Os ACS irão informar a comunidade em encontros nas suas áreas, com frequência quinzenal sobre importância de avaliar a saúde bucal de pessoas idosas.

Qualificação da prática clínica

O cirurgião dentista planejará capacitar a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em pessoas idosas, o que deve ser realizado nas primeiras semanas da intervenção na UBS.

Meta 2.12: Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% das pessoas idosas cadastradas.

Ações

Monitoramento e Avaliação

A assistente do cirurgião dentista terá a responsabilidade de monitorar número de pessoas idosas cadastradas pelos ACS da Unidade com avaliação de alterações de mucosa bucal todas as semanas.

Organização e gestão do serviço

Será responsabilidade da enfermeira coordenadora da UBS disponibilizar material informativo relativo ao autoexame da boca o qual deverá solicitar no almoxarifado da SEMSA para seu fornecimento à UBS nas primeiras semanas já da intervenção.

Engajamento público

ACS selecionados em reunião da equipe e capacitados para essa finalidade deverão esclarecer a população em encontros comunitários em cada área sobre fatores de risco e a importância do autoexame da boca. Esclarecerão a população sobre a importância do exame de mucosa pelo profissional de saúde durante a consulta.

Qualificação da prática clínica

A equipe odontológica irá capacitar a equipe de saúde na primeira quinzena do mês de começo da intervenção (médico, enfermeira e ACS) para identificar alterações de mucosa e também irão capacitar para que saibam identificar e selecionar os casos dos idosos com necessidade de encaminhamento para serviços de referência e para tratar os casos de menor complexidade/alta prevalência.

Meta 2.13: Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% das pessoas idosas cadastradas.

Ações

Monitoramento e Avaliação

O cirurgião dentista será o responsável dos ACS que irão, prévio treinamento adequado nas primeiras semanas da intervenção na UBS, por monitorar número de pessoas idosas cadastradas na Unidade com necessidade de prótese dentária.

Organização e gestão do serviço

A enfermeira coordenadora irá demandar à gestão municipal, na primeira semana da intervenção, a adequação no consultório dentário para realização da etapa clínica das próteses realizando solicitação de materiais e equipamentos para confecção e manutenção das próteses dentárias na unidade de saúde de conjunto ao cirurgião dentista.

Engajamento público

Os ACS e a assistente odontológica esclarecerão a população mensalmente nas própria comunidade sobre o uso e manutenção de próteses dentárias.

Qualificação da prática clínica

O cirurgião dentista será o máximo responsável de realizar capacitação à equipe para que estes possam orientar os idosos sobre a importância do uso das próteses dentárias o que será realizado.

2.3.2 Indicadores

Objetivo1: Ampliar a cobertura do Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde da pessoa idosa da área da UBS para 100 %.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção à saúde da pessoa idosa na UBS.

Numerador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Denominador: Número total de pessoas idosas residentes na área da UBS.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção à pessoa idosa na UBS.

Meta 2.1: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% das pessoas idosas da área da UBS. (Utilizar como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde).

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

Numerador: Número de pessoas idosas com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

Denominador: Número total de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas idosas.

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

Numerador: Número de pessoas idosas com exame clínico apropriado em dia.

Denominador: Número total de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 2.3: Rastrear 100% dos pessoas idosas para HAS.

Indicador 2.3: Proporção de pessoas idosas rastreadas para HAS.

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

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 2.4: Rastrear 100% das pessoas idosas para DM.

Indicador 2.4: Proporção de pessoas idosas rastreadas para DM.

Numerador: Número de pessoas idosas rastreadas para DM.

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 2.5: Realizar exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para idosos com diabetes.

Indicador 2.5: Proporção de pessoas idosas com diabetes com exame apropriado dos pés em dia.

Numerador: Número de pessoas idosas com diabetes com exame apropriado dos pés em dia.

Denominador: Número total de pessoas idosas com diabetes cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 2.6: Solicitar exames complementares periódicos para 100% das pessoas idosas.

Indicador 2.6: Proporção de pessoas idosas com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Numerador: Número de pessoas idosas com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Denominador: Número total de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 2.7: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% das pessoas idosas.

Indicador 2.7: Proporção de pessoas idosas com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Numerador: Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular.

Denominador: Número total de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 2.8: Cadastrar 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Indicador 2.8: Proporção de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção cadastradas.

Numerador: Número de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção cadastradas.

Denominador: Número total de pessoas idosas acamadas ou com problema de locomoção.

Meta 2.9: Realizar visita domiciliar a 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

Indicador 2.9: Proporção de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.

Numerador: Número de pessoas idosas acamadas ou com problema de locomoção que receberam visita domiciliar.

Denominador: Número de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 2.10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas idosas.

Indicador 2.10: Proporção de pessoas idosas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de pessoas idosas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 2.11: Realizar a primeira consulta odontológica para 100% das pessoas idosas.

Indicador 2.11: Proporção de pessoas idosas com primeira consulta odontológica programática.

Numerador: Número de pessoas idosas com primeira consulta odontológica programática.

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 2.12: Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% das pessoas idosas cadastradas.

Indicador 2.12: Proporção de pessoas idosas com avaliação de alterações de mucosa bucal.

Numerador: Número de pessoas idosas com avaliação de alterações de mucosa.

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 2.13: Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% das pessoas idosas cadastradas.

Indicador 2.13: Proporção de pessoas idosas com avaliação de necessidade de prótese dentária.

Numerador: Número de pessoas idosas com avaliação de necessidade de prótese dentária.

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Objetivo 3: Melhorar a adesão das pessoas idosas ao Programa de Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 3.1: Buscar 100% das pessoas idosas faltosas às consultas programadas.

Indicador 3.1: Proporção de pessoas idosas faltosas às consultas e que receberam busca ativa.

Numerador: Número de pessoas idosas faltosas às consultas programadas e buscadas pela UBS.

Denominador: Número de pessoas idosas faltosas 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 pessoas idosas com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia.

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

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 4.2: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% das pessoas idosas cadastradas.

Indicador 4.2: Proporção de pessoas idosas cadastradas no programa com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Numerador: Número de pessoas idosas com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Objetivo 5: Mapear o risco das pessoas idosas.

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

Indicador 5.1: Proporção de pessoas idosas com avaliação de risco para morbimortalidade atualizada.

Numerador: Número de pessoas idosas rastreadas quanto ao risco de morbimortalidade.

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

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

Indicador 5.2: Proporção de pessoas idosas com avaliação para fragilização na velhice atualizada.

Numerador: Número de pessoas idosas investigadas quanto à presença de indicadores de fragilização na velhice.

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 5.3: Avaliar a rede social de 100% das pessoas idosas.

Indicador 5.3: Proporção de pessoas idosas com avaliação de rede social atualizada.

Numerador: Número de pessoas idosas com avaliação de rede social.

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Objetivo 6: Promover a saúde das pessoas idosas.

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 pessoas idosas com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 6.2: Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% das pessoas idosas.

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

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

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 6.3: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% das pessoas idosas cadastradas.

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

Numerador: Número de pessoas idosas com orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

2.3.3 Logística

A nossa equipe, para a realização da intervenção estará se apoiando no Caderno da atenção básica Nº 19, que trata do envelhecimento e saúde da pessoa idosa de 2010. Vamos utilizar também a caderneta de saúde da pessoa idosa, assim como, os cadastros desses usuários que existem e, que serão atualizados de maneira que consigamos fazer uma coleta de dados correta para pesquisa e análise.

Dispomos já na unidade as Cadernetas do Idosos, assim será possível começar o preenchimento delas com prioridade nos idosos que, não a possuem ainda, nessa direção o treinamento dos membros da equipe que estarão envolvidos nessa ação está sendo feita, de maneira que os dados sejam preenchidos adequadamente. Temos também as fichas espelho, que foram em grande parte fornecidas pela gestão municipal e a outra impressa em nossa unidade de saúde; com elas a equipe conseguirá se apoiar para identificar, aqueles que estejam apresentando riscos considerados importantes de tratar e acompanhar. A realização de visitas domiciliares com prioridade aos idosos acamados ou com algum tipo de deficiência física contribuirá no preenchimento e coleta de dados para os instrumentos já falados, onde incluímos a ficha espelho do atendimento que colhe muitos dados úteis demais para o desenvolvimento da intervenção.

O registro específico será organizado pela enfermeira e ACS e controlado pelo médico quem conferirá periodicamente seus cadastros assim como os registros feitos na caderneta do idoso, com a finalidade de identificar aqueles acamados que não podem dirigir-se à UBS o que, nos permitirá estabelecer uma priorização nos casos a serem acompanhados em dependência da sua comorbidades e, também

para acometer a busca ativa dos idosos que, padecem de doenças crônicas faltosos à consulta de avaliação, na data marcada e agendada para o mesmo.

As informações serão registradas de forma manual e também eletrônica, para o qual serão escolhidos os ACS com mais habilidades para a tarefa, sendo disponibilizado uma pasta no arquivo para que eles coloquem os prontuários dos idosos da sua área assim como o restante dos documentos de maneira organizada e rapidamente acessível.

Com a realização da análise situacional foi norteada e definido o nosso foco de intervenção o que permitiu desde cedo ter uma ideia das ações a serem desenvolvidas assim como os recursos necessários, servindo como bússola neste caminho. Como partida desta atividade realizou-se uma oficina donde se discutiram assuntos como os cuidados, as atenções, as doenças mais frequentes e necessidade de seu acompanhamento, a saúde bucal e nutricional, a prática de exercício físico entre outras questões que serviram para nos focar na área de saúde do idosos e no que pretendemos realizar.

Planejamos que o acolhimento desses idosos na unidade é fundamental, estabelecendo prioridades no atendimento e nas atividades desses dias de maneira que sejam atendidos e ao mesmo tempo aconteça o fluxo normal de trabalho da equipe na unidade. Todo cuidado é pouco quando se trata de pessoas tão especiais e que merecem todo o nosso atendimento e respeito, por isso fazemos questão da maneira em ser recebidos, acolhidos, escutados e orientados eles e seus acompanhantes. Todos os s desta intervenção terão um acompanhamento mensal que pode ser variável em relação das suas necessidades em particular. Para eles serão planejadas atividades de grupo específico, que permitam o inter-relacionamento entre eles além de palestras por profissionais com os quais pretendemos estabelecer parcerias como no caso do geriatra e do educador físico.

Serão máximos responsáveis o médico e enfermeira da equipe para fazer uma avaliação mensal das ações que tenham sido feitas pelos ACS, como por exemplo as visitas domiciliares, o preenchimento dos documentos tudo isso para que ao final de cada mês possuir as informações completas e necessárias coletadas e expostas na Ficha Espelho que serão consolidadas na planilha eletrônica. Em média, se realizarão 22 atendimentos semanais.

As atividades com envolvimento comunitário terão uma particular importância, sabendo que lhes dando participação ficarão entrelaçados conosco nas

ações e contribuirão com o sucesso que consideramos será esta intervenção em saúde da pessoa idosa.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Durante 12 semanas que se iniciaram em 25 de setembro até 10 de dezembro de 2015 em que realizamos a intervenção, conseguimos acompanhar na totalidade, o que tínhamos desenhado no projeto, sendo que foi possível alcançar as metas propostas. O primeiro momento que marcou o caminho certo foi a capacitação dos profissionais de saúde sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), estabelecendo assim o papel de cada profissional na ação programática. Nesse início o compartilhamento das atividades entre os integrantes da equipe, assim como o empoderamento destes para a realização de atividades definiu um rumo que se manteve constante durante todas as semanas. Outra questão que não poderia faltar foi a parceria com a comunidade e suas lideranças, braço direito em tudo.

As ações responderam sempre aos quatro eixos fundamentais da intervenção, conseguindo acometer integralmente todas as ações previstas. Ampliamos a cobertura de atenção à saúde da pessoa idosa da área da UBS para os 287 usuários, representando 100% do desejado o que foi possível pelo envolvimento da equipe que saía para cada micro área na comunidade para a realização de todos os cadastros, que oportunamente incidiram para conseguir trazer todos os usuários à rotina de atividades preparada para esta intervenção; potencializado pela integração com instituições e organizações sociais, em especial em nossa área de abrangência.

Significativa consideração ganhou o atendimento clínico à população idosa, o qual foi colocado de conjunto como rotina de trabalho e seguido de acordo com o cronograma de funcionamento da UBS, que possibilitou avaliar a condição individual de cada usuário, em correspondência com a sua condição atual considerando-se

todos os aspectos pautados. Sinalizo aqui também que esses usuários receberam com satisfação as atividades de atendimento odontológico como uma antiga reclamação deles mediante reuniões entre líderes comunitários e gestores.



Figura 2: Fotografia do atendimento médico feito à usuária participante da intervenção.

Fonte: Arquivo próprio

A frequência da participação nas atividades efetuadas foi ótima, mas o que deu significância foi a busca daqueles que por um determinado motivo faltava e que depois era procurado pelos membros da equipe para trazê-lo de volta, de maneira que não perdesse o ritmo e sistematicidade da intervenção. Não poderia deixar de mencionar a realização de visitas domiciliares, pois as histórias em cada uma delas nos trouxeram uma vontade incontável de seguir em frente quando conseguíamos chegar até eles por meio do contato direto com a família.

Ressalto que as ações não aconteciam por separado, todas tiveram umnexo, permitindo assim a integralidade já que o idoso era cadastrado, consultado pelo médico e pelo dentista ao tempo em que eram examinados e recebiam orientações direcionadas às doenças como, por exemplo, HAS e/ou DM.

O registro adequado tanto nas fichas espelhos como na caderneta de saúde dos idosos possibilitou uma avaliação constante de cada pessoa idosa, oferecendo

dados necessários para fazermos este monitoramento. Felizmente, foi possível realizar essa ação já que existia disponibilidade dessa ferramenta na UBS.

O mapeamento dos usuários alvo da intervenção permitiu identificar, reconhecer e priorizar situações e/ou condições particulares de cada usuário, possibilitando a priorização do seu atendimento, acompanhamento e facilitando-lhes agendamento em decorrência de cada situação em particular, com a devida orientação pela ESF na UBS e na comunidade também.

Dentre as ações com maior aceitação pelos idosos não existe dúvida que foram as encaminhadas à promoção de saúde, com foco em assuntos de interesse deles, temas de importância para uma melhor qualidade de vida.

A checagem constante, avaliando e controlando a realização das atividades, possibilitou que todas as ações fossem realizadas com sucesso, mas nada teria acontecido sem o compromisso, a dedicação, a sistematicidade, as parcerias e a imensa vontade de oferecer um melhor serviço à população idosa.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Com muita satisfação também, posso dizer que não houve ações previstas que não fossem desenvolvidas, isso foi possível pela distribuição das responsabilidades e pelo controle sistemático na realização de todos os pontos previstos para esta intervenção.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Em relação à coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamos as planilhas com os resultados já esperados, não havendo dificuldade nenhuma na sistematização, tampouco em seu processamento e análise.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

A intervenção em saúde do idoso ao nosso bem parecer, é considerada viável dentro da rotina das atividades da unidade de saúde já que aumenta a

acessibilidade aos serviços, permitindo maior inter-relação com a população de sessenta anos e mais da nossa abrangência. Oferece acompanhamento estratificando o risco de cada um e identificando as principais fragilidades, que poderiam trazer outros agravos à qualidade de vida. Permite ainda valorizar a pessoa idosa e com a sua inclusão faz mais integral o serviço da Saúde da Família na UBS.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Objetivo 1

Meta 1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde da pessoa idosa da área da UBS para 100%.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção à saúde da pessoa idosa na UBS.

Quando nós começamos com as atividades desta intervenção, ainda existia um grupo de pessoas idosas com receio em relação às atividades que lhes tínhamos proposto e estavam certos já que não existia precedentes deste tipo de trabalho na comunidade e eles estavam com dúvida se se juntavam ou não. Aos poucos, graças aos esforços dos ACS, às nossas palestras na comunidade e de conjunto ao conselho de vizinhos eles foram-se motivando o que contribuiu para que gradativamente chegássemos aos 100 % nos cadastros para a intervenção. A tarefa de incorporar os 287 idosos foi forte mas não impossível, sendo que deles, 157 (54,7 %) foram cadastrados no primeiro mês. Conseguimos trazer até nós no segundo mês, 227 idosos (79,1%), e os 287 idosos pretendidos, que representou 100% do total. Conseguimos com o nosso trabalho, dedicado e focado à atenção do idoso, trazer e incorporar à rotina de trabalho aos idosos e que eles juntaram-se à equipe de saúde da família nas atividades e ações encaminhadas à sua saúde, constituindo um triunfo para todos.

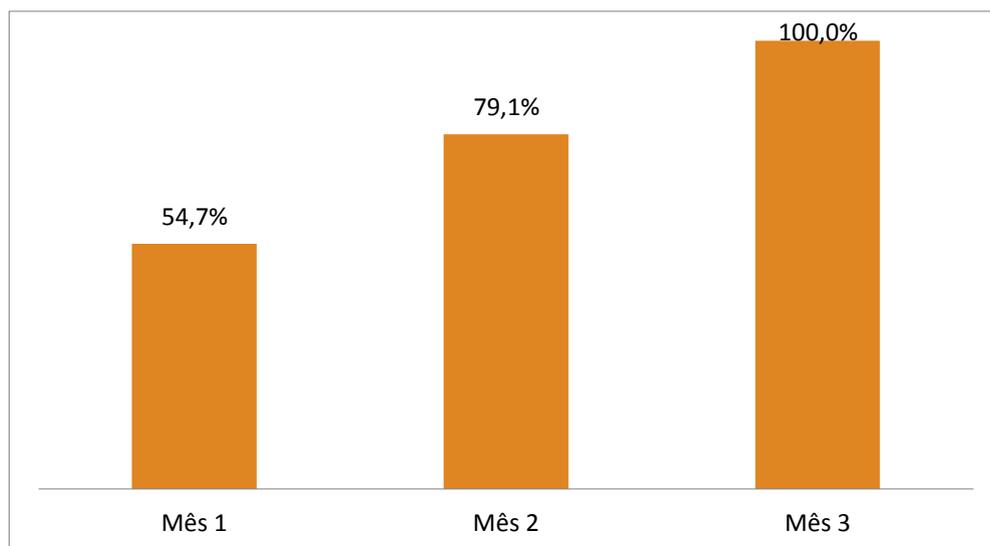


Figura 3: Cobertura do programa de saúde do Idoso na UBS. USF Gentil Perdomo no Município de Rio Branco - Acre.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados

Objetivo 2

Meta 2.1: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% das pessoas idosas da área da UBS.

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

Para a realização da avaliação multidimensional rápida o início foi muito bom. A maneira em que projetou-se a realização dessa atividade, com o objetivo de conseguir de maneira rápida uma ideia da condição de saúde do s, para o qual termos contado com os recursos necessários na hora certa possibilitou a materialização do trabalho e pela ação acometida pelos agentes comunitários de saúde quines orientaram a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável. No primeiro mês só conseguimos realiza-la em 112 idosos (71,3%) que participaram das atividades de consulta quando convocados. Mediante convites individualizados, palestras e outras desenvolvidas pelos ACS, no segundo mês fora 227 idosos (100%) e no terceiro mês chegamos à quantidade de 287 idosos (100%) dado pela referência da totalidade de cadastros existentes.

Válido dizer, que a aceitação que tivemos dentro da comunidade possibilitou em grande medida o desenvolvimento deste e de outros indicadores já que a constância e dedicação com a que a equipe propiciou cada coisa contribuiu para ganhar a confiança dos idosos.

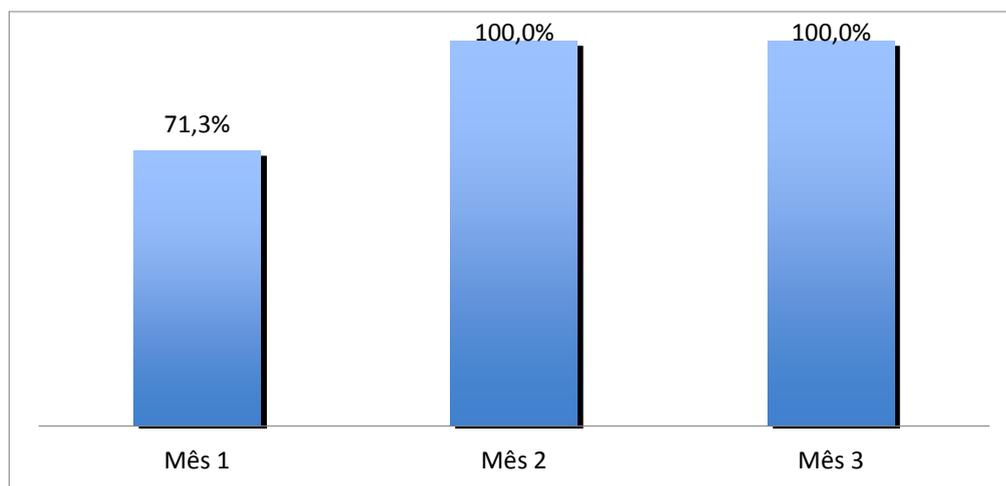


Figura 4: Proporção de pessoas idosas com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas idosas.

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

Em tempos de tanta tecnologia disponível na área médica, algumas pessoas se esquecem da importância do exame clínico para o diagnóstico e tratamento de doenças. A partir dele, é possível obter informações sobre o estado geral de saúde do idoso, podendo ser identificadas doenças a partir de sinais e sintomas. Um exame clínico apropriado é fundamental, ainda mais quando trata-se da população idosa que devido ao envelhecimento fisiológico lhes acontecem muitas mudanças que são encontradas mediante um exame minucioso que quando realizado de forma correta serve para avaliar e para ter uma ideia do que está acontecendo. Definir as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico das pessoas idosas possibilitou a efetivação desse procedimento, visando identificar precocemente a existência de alguma situação em particular que colocasse em risco a saúde da pessoa; falar também de que garantiu-se a busca as pessoas idosas que não realizaram exame clínico apropriado e a organização da agenda para acolhimento

daqueles que chegavam das buscas domiciliares. No primeiro mês só conseguimos realizar exame clínico apropriado em 116 idosos, representando um 73,9 % do total. Mediante a intensificação nas buscas, na sistematicidade do trabalho, o envolvimento dos familiares e a comunidade nessa intervenção, no segundo a quantidade de idosos foi de 227 (100%) e no terceiro mês chegamos a 287 idosos, o que representou 100 % dado pela referência da totalidade de cadastros existentes.

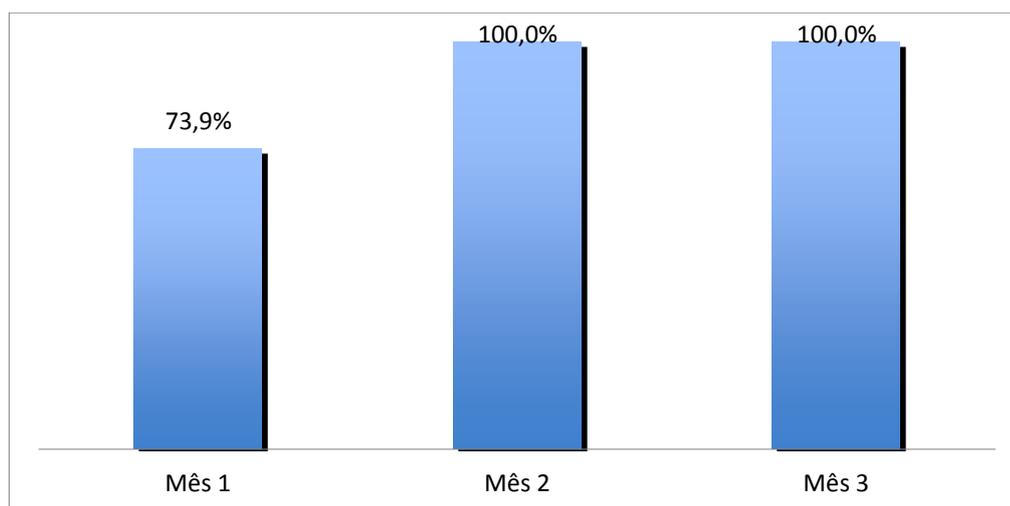


Figura 5: Proporção de pessoas idosas com exame clínico apropriado em dia.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados

Meta 2.3: Rastrear 100% dos pessoas idosas para HAS.

Indicador 2.3: Proporção de pessoas idosas rastreadas para HAS.

Por todos é sabido que a hipertensão arterial é uma doença crônica, capaz de produzir graves danos quando não diagnosticada e descontrolada. Rastrear as pessoas idosas para Hipertensão Arterial Sistêmica foi uma ação muito importante, mesmo existindo s que acompanhavam direitinho a sua doença como para outros que não tinham nem a ideia de que sofriam dela. Efetivar uma aferição da pressão arterial correta, como preconizado pelo ministério da saúde, possibilitou desenvolver a meta em questão, sendo vital para tratar vários casos novos de idosos com cifras de pressão arterial elevada e sem manifestações clínicas, possibilitando-lhes o início de tratamento para evitar complicações futuras que colocariam até a sua própria vida em risco. Nesta oportunidade, além do rastreamento, foram muito importantes as palestras na sala de acolhimento, o que contribuiu para que eles soubessem identificar sinais ou sintomas sugestivos de pressão alta, explicando-lhes também os

riscos que acompanham essa doença. Com a realização das ações planejadas para esta intervenção em saúde do idoso, foi possível, rastrear 100 % dos idosos para hipertensão arterial sistêmica, sendo que foi fundamental a assistência deles em consulta planejada, complementado com a busca dos faltosos e as visitas domiciliares aos acamados ou com problemas de locomoção. Tivemos uma melhor apropriação da realidade de cada um deles, sendo possível avaliar futuras ações que desejamos implementar. Começamos fazendo esse controle no primeiro mês em 92 idosos do total de cadastrados, representando 58,6 %; para o segundo mês foi de 227 idosos (100%) e no terceiro mês de 287 idosos (100%).

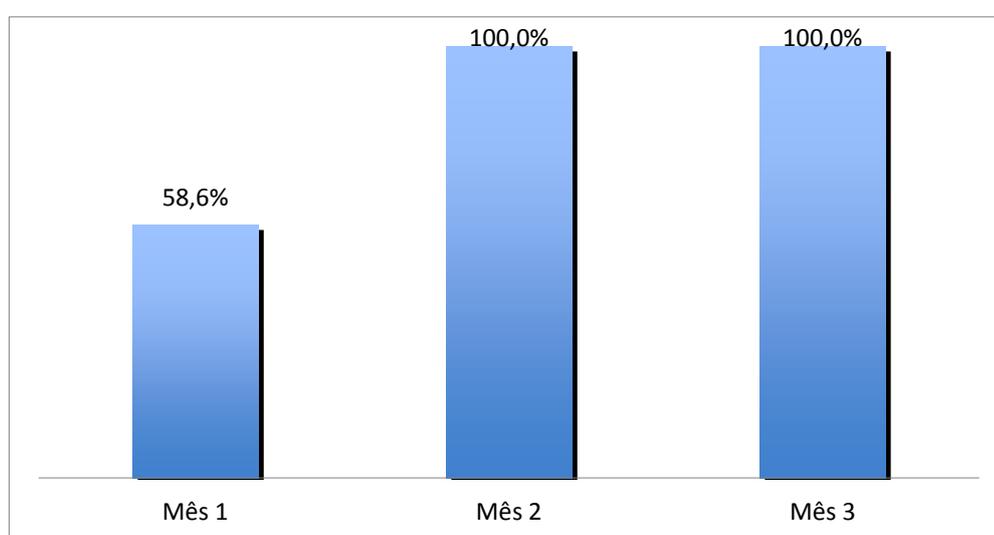


Figura 6: Proporção de pessoas idosas rastreadas para HAS.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados

Meta 2.4: Rastrear 100% das pessoas idosas para DM.

Indicador 2.4: Proporção de pessoas idosas rastreadas para DM.

Outra ação de muita importância e valor ficou relacionada com o rastreamento dos idosos para o Diabetes Mellitus, sendo que quando essa enfermidade é padecida por uma pessoa idosa e se por acaso sofre de outra como no caso da Hipertensão Arterial Sistêmica os cuidados devem ser seguidos pelo usuário, evitando assim complicações e outros agravos à saúde desse indivíduo. Viabilizou o rastreamento a melhoria no acolhimento para as pessoas idosas portadores de Diabetes Mellitus em primeiro lugar, logo depois o restante dos idosos; assim como a colocação do material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde. Neste último caso a falta de fita para realização dessa prova como consequência de esgotamento no município interferiu

para não atingirmos a meta no primeiro mês da intervenção quando só conseguimos realizar o rastreamento em 74 idosos dos cadastrados, representando um 41,1 %. Nos seguintes dois meses da intervenção e uma vez resolvido o assunto da falta desse material, realizou-se o rastreamento em 227 (100%) no segundo mês e em 287 idosos (100%) no terceiro e último mês.

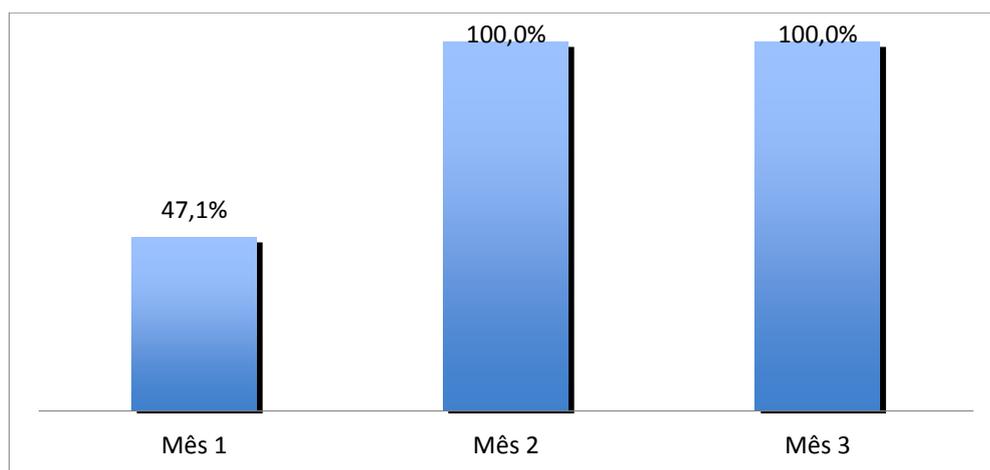


Figura 7: Proporção de pessoas idosas rastreadas para DM.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados

Meta 2.5: Realizar exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para idosos com diabetes.

Indicador 2.5: Proporção de pessoas idosas com diabetes com exame apropriado dos pés em dia.

Úlceras de pés e amputação de extremidades são as complicações mais graves e temidas fundamentalmente nas pessoas que sofrem de Diabetes Mellitus. Sua prevenção primária visa antecipar neuropatias e vasculopatias, sendo necessário o monitoramento de um conjunto de fatores que eleva o risco de úlcera e amputação de extremidades, tornando sua prevenção como ferramenta mais importante. A realização de atividades de orientação e promoção de saúde desempenharam um papel importante pois instruímos aos idosos e seus familiares para a identificação de sinais de alarma que seriam indicativos de complicações tanto das extremidades como de transtornos vasculares periféricos. O resultado desse exame foi de 41 idosos no primeiro mês (100%), 52 idosos no segundo mês

(100%) e 68 idosos (100%) no terceiro mês nos quais realizamos o exame físico dos pés.

Meta 2.6: Solicitar exames complementares periódicos para 100% das pessoas idosas.

Indicador 2.6: Proporção de pessoas idosas com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Com a solicitação de exames complementares periódicos em dia alcançamos um controle ideal da situação individual de cada um dos idosos, sendo que com os achados oportunos se consegue desenhar um plano terapêutico que resolva a situação particular de cada. Nessa idade são muito frequentes as alterações dos lipídeos, assim como as anemias por diferentes causas. A equipe, a traves dos agentes comunitários de saúde orientou os idosos, suas famílias e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares, assim como à periodicidade com que devem ser realizados estes. No gráfico se apresentam os resultados obtidos para esta meta que foram de 141 idosos (89,8 %) que lhes foram solicitados a realização de exames no primeiro mês, depois nos seguintes dois meses foram 227 no segundo (100%) e 287 no terceiro (100%).

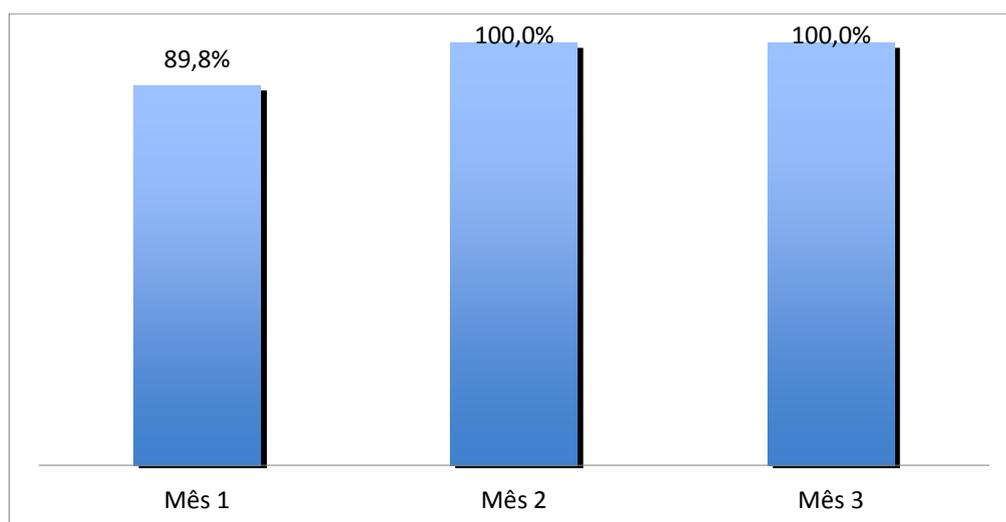


Figura 8: Proporção de pessoas idosas com solicitação de exames complementares periódicos em dia

Fonte: Planilha de Coleta de Dados

Meta 2.7: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% das pessoas idosas.

Indicador 2.7: Proporção de pessoas idosas com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular.

Embora o nosso desejo for priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular no 100 % dos idosos que precisarem para o controle das suas doenças, no caso que tiveram; nessa questão o resultado foi muito bom. Em reunião da equipe inicial estudamos as portarias 491 de 09/03/2006 e 971 de 17/05/2012 as duas do Ministério da Saúde que regulamentam a Farmácia Popular (FP), assim a equipe estaria ciente da importância; encontramos um pouco de dificuldade no começo de índole cultural próprio desse tipo de população que pelas suas características sociais sofreram muito em saúde, mas que hoje têm garantido muitos recursos pelo governo. Dentre as principais doenças, aquelas mais padecidas como a Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus, são as mais comuns e graças aos esforços do governo estadual e da prefeitura não tem faltado os remédios genéricos para tratá-las. Em muitos casos trouxe desacordo com os usuários que rejeitaram a proposta de trocar tratamentos que eles tiveram que comprar, pois no SUS são de graça e embora na FP tenham um considerável desconto, eles desde que seja controlada a sua doença com aqueles fornecidos pelo SUS nas unidades, querem continuar. Sempre existe quem não tem jeito e tem que comprar, daí que o por cento alcançado no primeiro mês representa esse grupo de s. Dessa maneira, realizamos essa meta em 141 idosos no primeiro mês (89,8 %), já para o segundo foram 227 os idosos (100%) e para o terceiro mês 287 pessoas com sessenta anos e mais (100%) com a necessidade de consumo de medicamentos para controle e tratamento de algum tipo de doença.

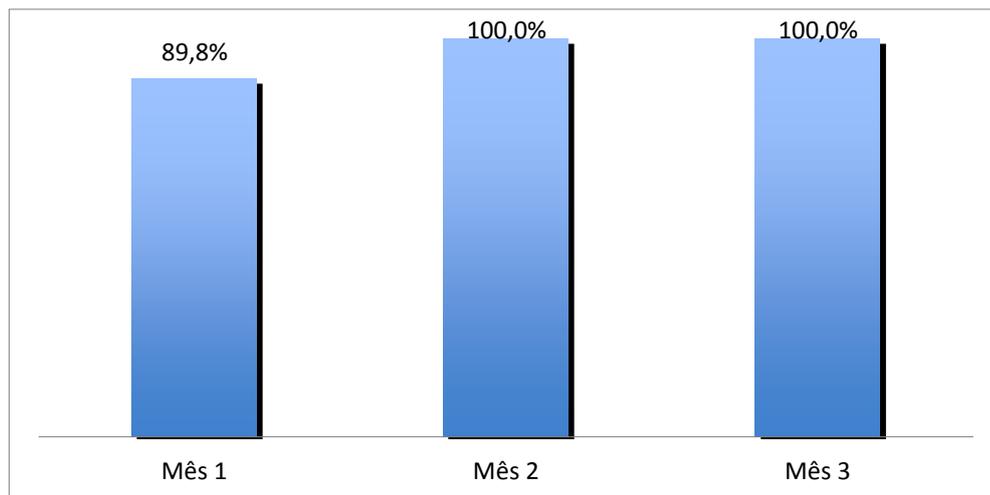


Figura 9: Proporção de pessoas idosas com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados

Meta 2.8: Cadastrar 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Indicador 2.8: Proporção de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção cadastradas.

Se muito gratificante para mim e para a equipe tem sido este trabalho com os idosos, ainda mais foi com os que estão acamados ou com problemas de locomoção, é impressionante ver como a vida colocou barreiras que eles souberam pular muitas vezes, sendo que se adaptaram e aceitaram a sua condição mais que deficiência para enfrentar a vida, não poucas oportunidades foram nas quais tiraram as lágrimas dos nossos olhos e nem sempre de lástima, se não de erguimento ante as dificuldades do dia a dia. O nosso por cento de acamados ou com dificuldades de locomoção em relação ao total de idosos cadastrados é de 13,24 %, sendo que de um total de 287 idosos, 38 deles estão nessa condição. Desde o início das atividades da intervenção sempre conseguimos cadastrar todos os idosos acamados ou com problemas de locomoção. Estender nosso atendimento a 100 % dos idosos acamados ou com problemas de locomoção além de ser uma meta cumprida, foi humanizar o nosso atendimento, permitindo-nos chegar até a realidade das moradias, das famílias e das pessoas com esse tipo de necessidade daí. Para essa meta serviu de muito o treinamento adequado aos ACS que foram para participar das atividades de vacinação, visitas domiciliares e procura de faltoso às consultas

agendadas. Eles conseguiram fazer um excelente trabalho o que possibilitou manter os 100 % em todos os meses da intervenção.

Meta 2.9: Realizar visita domiciliar a 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

Indicador 2.9: Proporção de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.

Com muita satisfação pessoal e compromisso profissional foi que a ESF em coeso fez as visitas domiciliares aos acamados e/ou com problemas de locomoção. Essa oportunidade de inter-relação possibilitou o conhecimento da realidade de cada um deles, permitindo estabelecer um relacionamento mais estreito com eles e a sua relação com a ESF para o melhor tratamento e acompanhamento. No começo a equipe realizou a visita em 21 idosos cadastrados sendo que representou 77,8 % em relação do total, no segundo mês foram 33 os idosos (100%) e no terceiro mês 38 idosos (100%). Mediante estratégias de planejamento para evitar que faltasse o transporte no momento certo e até com o uso de transporte próprio em várias ocasiões conseguimos visitar a totalidade dos idosos, alcançando assim a meta desejada. Interferiu para não ter conseguido alcançar a totalidade dos idosos acamados ou com problemas de locomoção visitados no primeiro mês a falta de transporte que tinha de ser garantido para que a equipe se deslocasse até as moradias desses idosos. Com a realização das visitas aos idosos compreendidos com problemas de locomoção foi significativa, humanizando nosso atendimento e possibilitando levar os nossos serviços até esse povo que não consegue ou não pode chegar até a unidade. Ter alcançado 100 % dessa meta possibilitou ter coberto todos os idosos com essa limitação e reforçar nexos com as famílias e/ou cuidadores.

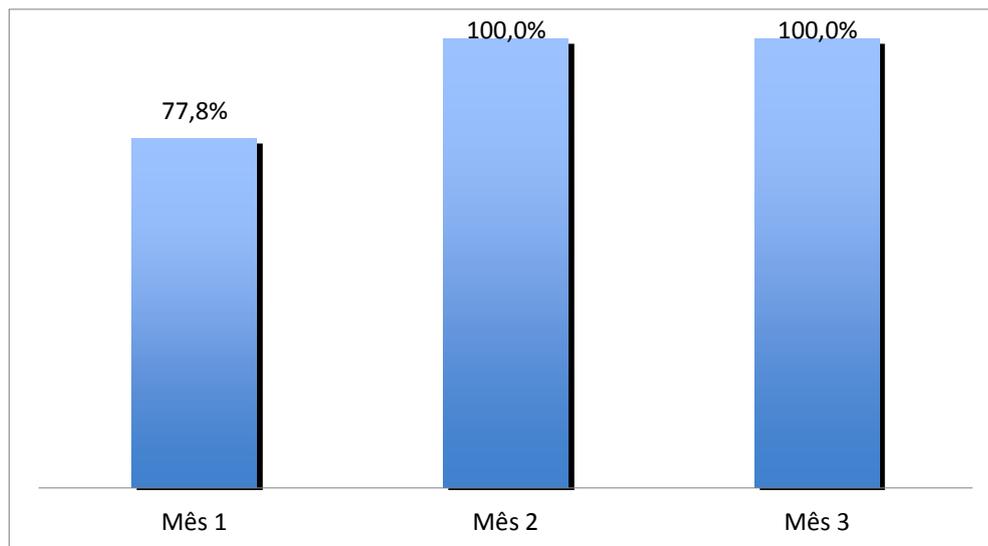


Figura 10: Proporção de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados

Meta 2.10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas idosas.

Indicador 2.10: Proporção de pessoas idosas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

A saúde bucal constitui uma parte inseparável da saúde geral do indivíduo, compreendida de conjunto e não por separado como alguns pensam. Realizar a avaliação da necessidade de atendimento odontológico às pessoas idosas foi uma atividade muito importante que exigiu a participação mais ativa da equipe odontológica junto ao restante da equipe de saúde da família da nossa UBS. Foi muito importante para alcançar o resultado desejado a participação em palestras na UBS como na comunidade realizadas pelo dentista e pelos agentes comunitários de saúde abordando questões sobre a saúde bucal. Durante o primeiro mês da intervenção e por motivos de saúde do dentista que ficou afastado mais de 20 dias, não foi bem sucedida essa avaliação, mas nos seguintes dois meses todo voltou à normalidade e conseguimos executar essa meta como desejado. No primeiro mês da intervenção foram 123 idosos os que receberam essa avaliação, representando 78,3 %, no segundo mês 227 idosos (100%) e no terceiro mês 287 idosos (100%) avaliados quando da necessidade de atendimento odontológico. Queria salientar a colaboração dos familiares e cuidadores de pessoas idosas acamadas ou com

problemas de locomoção que quando contatados pelos agentes de saúde fizeram a sua parte e trouxeram quando era possível, seu idoso ou idosa para avaliar na unidade de saúde.

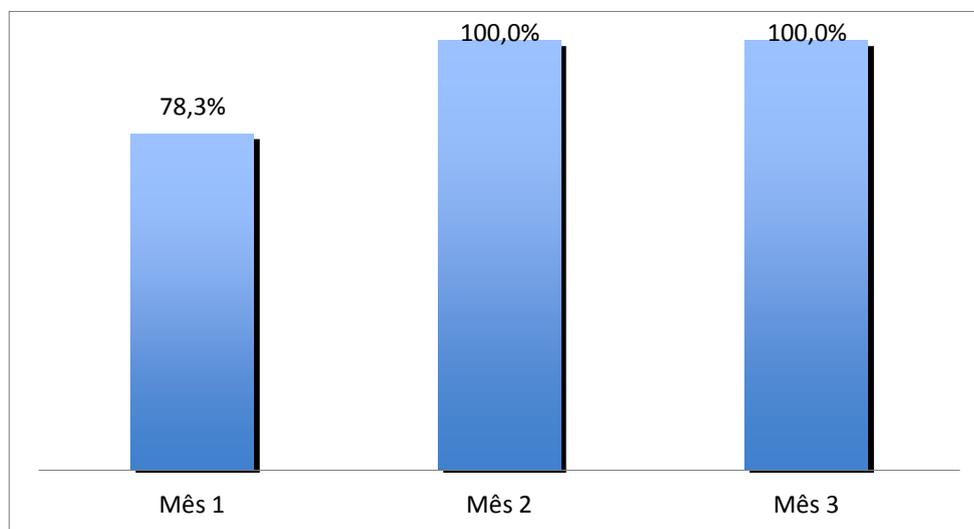


Figura 11: Proporção de pessoas idosas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados

Meta 2.11: Realizar a primeira consulta odontológica para 100% das pessoas idosas.

Indicador 2.11: Proporção de pessoas idosas com primeira consulta odontológica programática.

A saúde do idoso não seria integral se não for feita a consulta odontológica, contribuindo para a integralidade do cuidado e desmistificar a ideia que muitos tem de que a saúde bucal é algo à parte e separada. Quando começamos fazer a intervenção conseguimos programar só 91 idosos (58 %), seguidamente no mês dois foram 227 idosos (100%) e no último mês 287 (100%) dos idosos cadastrados. Como disse anteriormente, na meta anterior, tivemos dificuldades com o afastamento por questões de saúde do dentista em um período de 20 dias e quando retornou às atividades normais nos meses finais o resultado obtido foi o desejado para os idosos com a primeira consulta odontológica programática.

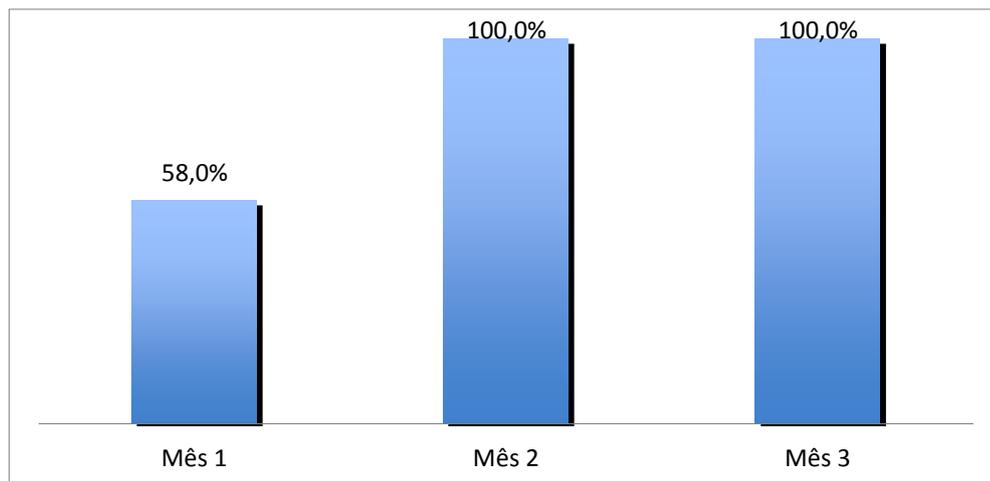


Figura 12: Proporção de pessoas idosas com primeira consulta odontológica programática.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados

Meta 2.12: Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% das pessoas idosas cadastradas.

Indicador 2.12 Proporção de pessoas idosas com avaliação de alterações de mucosa bucal.

Na mucosa oral podem acontecer alterações que são, em algumas circunstâncias, sinais de algum processo de malignidade. Identificar precocemente essas alterações aumenta as chances de poder atuar e prevenir complicações maiores na vida desses idosos. Foram organizadas ações conjuntas que abordaram a promoção de saúde nas comunidades, aproveitando cada espaço desta como igrejas e locais sociais para captar pessoas idosas da área não avaliadas e também se colocou nas mãos dos idosos material informativo relativo ao autoexame da boca. Quando começamos fazer a intervenção conseguimos avaliar alterações de mucosa bucal em 91 idosos (58%), seguidamente no mês dois foram 227 idosos (100%) e no último mês 287 (100%) dos idosos com avaliação de alterações de mucosa bucal.

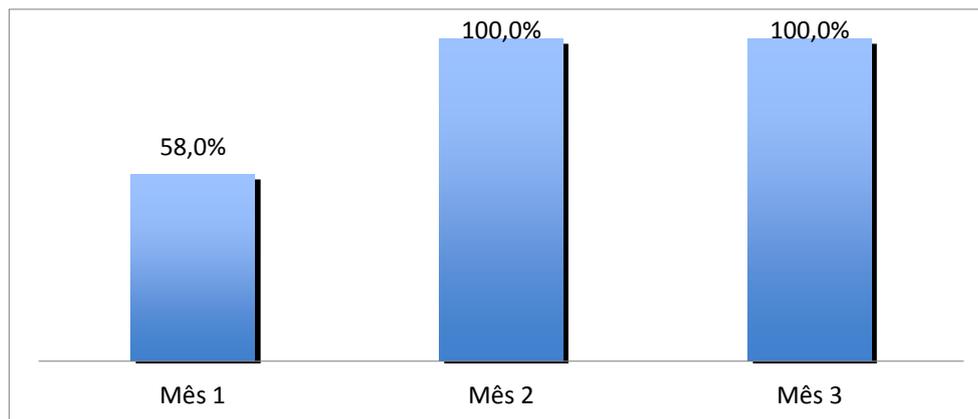


Figura 13: Proporção de pessoas idosas com avaliação de alterações de mucosa bucal.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados

Meta 2.13: Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% das pessoas idosas cadastradas.

Indicador 2.13: Proporção de pessoas idosas com avaliação de necessidade de prótese dentária.

A falta de dentes na boca das pessoas, além de influenciar na estética pessoal, interfere na mastigação correta dos alimentos. Relacionado com estas questões foi que monitoramos o número de pessoas idosas cadastradas na Unidade com necessidade de prótese dentária e mesmo sem ter as condições estruturais nem de equipamento tramitamos com a gestão municipal a adequação no consultório dentário para realização da etapa clínica das próteses foi muito importante também o esclarecimento à população sobre o uso e manutenção de próteses dentárias. Para esses três meses os resultados foram os seguintes: 91 idosos (58 %) no primeiro mês, seguidamente no mês dois foram 227 idosos (100%) e no último mês 287 (100%) dos idosos com avaliação necessidade de prótese dentária.

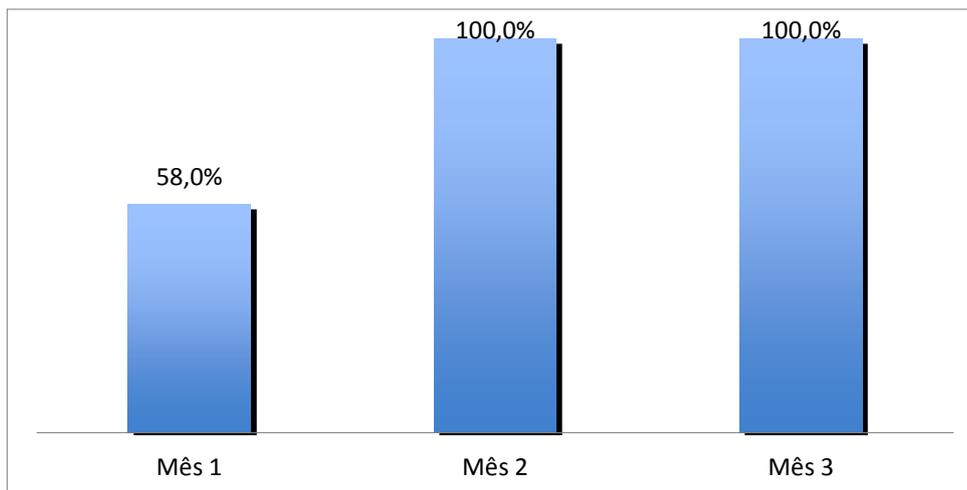


Figura 14: Proporção de pessoas idosas com avaliação de necessidade de prótese dentária.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados

Objetivo 3

Meta 3.1: Buscar 100% das pessoas idosas faltosas às consultas programadas.

Indicador 3.1: Proporção de pessoas idosas faltosas às consultas que tiveram busca ativa.

De nada serve planejar, implementar e executar uma intervenção em saúde do idoso e não procurar aqueles que faltam às atividades, pela importância da sistematicidade, pelo acompanhamento na evolução e por muitas outras razões pelas quais está ciente a nossa ESF que desenvolveu uma busca ativa daqueles faltosos. Após iniciar as atividades da intervenção e os alvos (idosos) perceber o importante, o ganho para a sua saúde e a preocupação com eles por parte da nossa ESF, foram-se sensibilizando na necessidade da sistematicidade nas atividades e isso é apreciável, no gráfico aprecia-se como todos aqueles faltosos às atividades receberam busca ativa. O monitoramento, avaliação e controle periódico das atividades relacionadas à intervenção, assim como o treinamento adequado aos ACS que participaram das atividades de procura de faltoso às consultas agendadas, foi o eixo que ajudou para encerrar essa meta com 17 idosos (100%); no segundo mês 5 idosos (100%) e terminamos com 23 idosos, 100 %, no terceiro mês.

Objetivo 4

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

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

A ficha espelho é uma ferramenta muito valiosa, daí que a sua confecção e fidelidade em relação às informações é importantíssima. Essa tarefa foi decisiva; sendo que a sua confecção e preenchimento levou horas de esforço para conseguir qualidade. Aproveitando as consultas programáticas fizemos uma rotina de trabalho que nos permitiu a coleta de todos os dados de uma só vez. Foi assim: no primeiro mês fizemos a 138, representando 87,9 %; no segundo mês chegamos a 227 idosos (100%) e fechamos o terceiro mês com 298 fichas confeccionadas, representando 100 %. A realização de registro específico foi conseguido pelo empenho e dedicação da ESF, que apoiados na ação de capacitação aos integrantes da ESF em relação aos protocolos existentes na APS para o trabalho na Saúde do Idoso, possibilitou obter os resultados que hoje apresentamos como parte do registro na ficha espelho, sabendo da importância que isso tem para o controle e conhecimento da saúde de cada usuário dessa faixa etária.

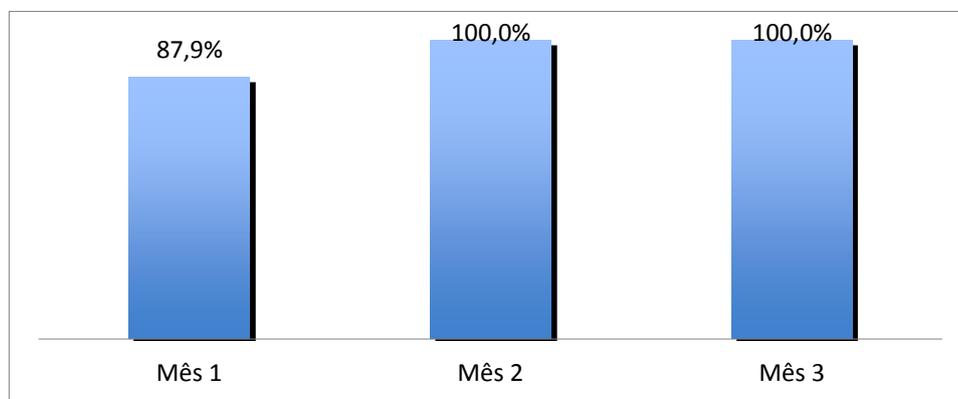


Figura 15: Proporção de pessoa idosa com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados

Meta 4.2: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% das pessoas idosas cadastradas.

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

Desde o começo o envolvimento da equipe de saúde foi imperativo para conseguir sucesso nas metas propostas, existindo coesão entre todos; o possibilitou que tanto nas fichas espelhos (acima explicadas) quanto nas cadernetas do Idoso (que serão explicadas agora) conseguíssemos fazer os registros com muita qualidade e isso oportunizou, também, coletar e analisar dados. No encerramento do primeiro mês foram 140 idosos possuindo a caderneta (89,2 %); nos seguintes dois meses foram 227 no segundo (100%) e no terceiro 287 idosos (100%). No começo tivemos que enfrentar a falta do documento em nosso almoxarifado, o que levou a buscar a gestão na SEMSA para providenciar essa ferramenta. A distribuição da CSPI hoje existe nas mãos de cada um dos 287 idosos.

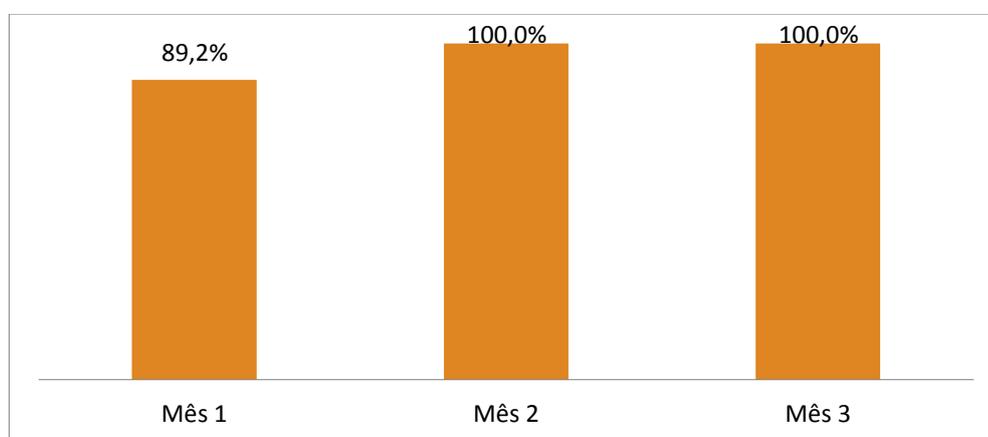


Figura 16: Proporção de pessoa idosa com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados

Objetivo 5

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

Indicador 5.1: Proporção de pessoa idosa com avaliação de risco para morbimortalidade.

A velhice não é doença, mas com a chegada da chamada terceira idade várias enfermidades aparecem e muitos agravos à saúde podem-se desenvolver. É importante o controle dos riscos para morbimortalidade em dia, o que permite entender melhor a realidade da nossa população idosa. Fizemos essa rastreamento que possibilitou ter uma realidade de cada e colocamos no gráfico amaneira em que se comportou representativamente. No primeiro mês a avaliação foi em 140 idoso,

representando 89,2 %, para o segundo mês foram 227 idosos (100%) e para quando encerrarmos o terceiro mês já tínhamos os 287 idosos (100%). Apoiados no trabalho da equipe, dos ACS foi possível fazer o rastreamento. Claro que serviu de muito o treinamento adequado aos ACS que participaram das atividades da intervenção, assim como o atendimento clínico aos idosos em consultas agendadas e atividades encaminhadas ao grupo de idosos. No conjunto, essas ações deram o nível suficiente para que todos os 100 % dos idosos foram avaliados em risco de morbimortalidade.

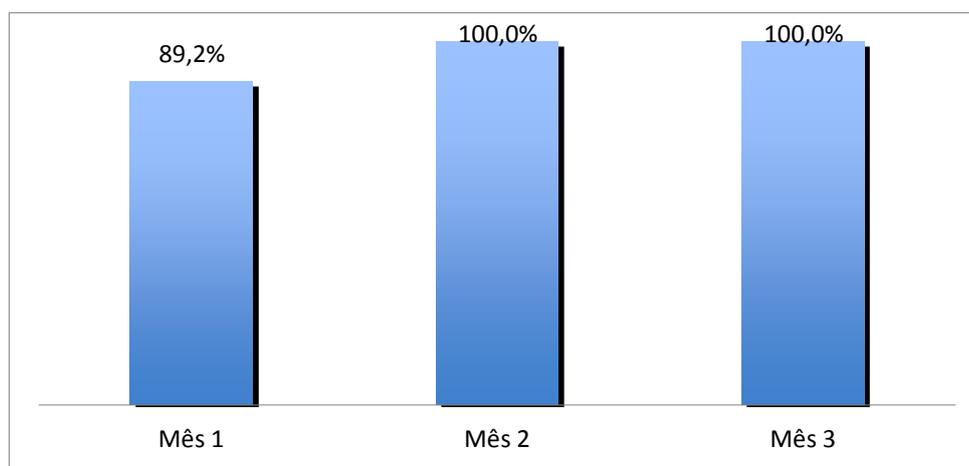


Figura 17: Proporção de pessoa idosa com avaliação de risco para morbimortalidade.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados

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

Indicador 5.2: Proporção de pessoa idosa com avaliação fragilização na velhice atualizada.

Outro aspecto a ser considerado é a fragilização que acontece na velhice como evento natural. Importante avaliar em cada idoso os riscos e prevenção, a fim de que, seja investigada a fragilização e como meta sempre desejamos atingir aos 100 % dos idosos. No primeiro mês a investigação foi em 140 idoso, representando 89,2 %, para o segundo mês foram 227 idosos (100%) e para quando encerrarmos o terceiro mês já tínhamos os 287 idosos (100%). Obter essa meta em 287 idosos cadastrados permitiu ter um 100 % de investigados, servindo para ESF e para os mesmos alvos a identificação destes indicadores. Válido dizer que foi de muita utilidade as palestras dadas nesse sentido à população idosa da área.

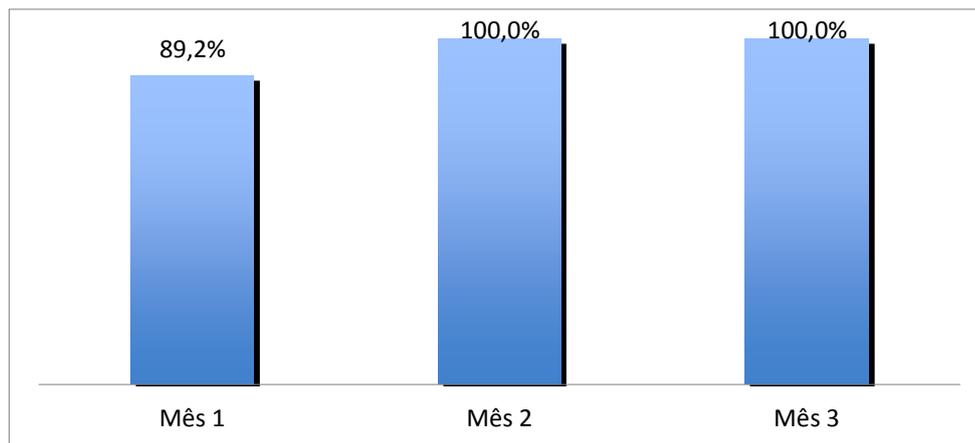


Figura 18: Proporção de pessoas idosas com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

Meta 5.3: Avaliar a rede social de 100% das pessoas idosas.

Indicador 5.3: Proporção de pessoa idosa com avaliação da rede social em dia.

Aqui neste aspecto que foi tratado na nossa intervenção podemos dizer que conseguimos atingir aos 100 % dos idosos cadastrados, fazendo neles a avaliação de rede social. A meta alcançada foi possível porque no primeiro mês a avaliação foi em 140 idosos, representando 89,2 %, para o segundo mês foram 227 idosos (100%) e para quando encerrarmos o terceiro mês já tínhamos os 287 idosos (100%). Para essa avaliação tão importante foi possível entre outros fatores pelo fato de facilitar o agendamento e a visita domiciliar a pessoas idosas com rede social deficiente, também pela orientação às pessoas idosas e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde e também estimulando na comunidade a promoção da socialização da pessoa idosa e do estabelecimento de redes sociais de apoio.

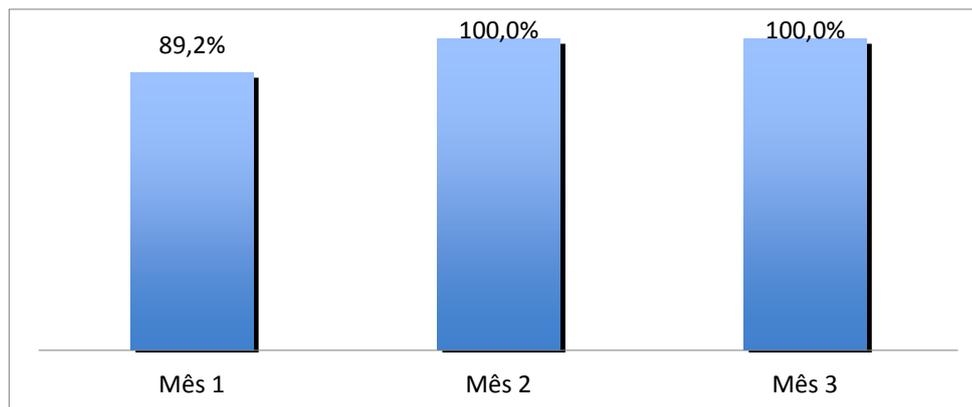


Figura 19: Proporção de pessoa idosa com avaliação da rede social em dia.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados

Objetivo 6

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

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

Uma nutrição adequada, com um aporte equilibrado é significativamente importante para o idoso, que precisa manter um equilíbrio entre aportes e necessidades. Com a realização de atividades que abordaram essa meta a ESF conseguiu atingir a meta de 298 idosos que receberam orientação nutricional. Foi indubitável o êxito, o sucesso que tiveram as atividades de orientação e promoção em saúde desenvolvidas, ações que valorizaram muito nosso trabalho pelo conteúdo tão instrutivo e diversos que tiveram. Dar orientação aos idosos representou, além de ser os 100 % deles, um ponto de junção entre a ESF e o idoso, contribuindo para aumentar a confiança deles na equipe, a credibilidade ao perceber como a gente se importava com eles e não só com os seus remédios e medicações, se não também em como se alimentam e de que jeito, assim como a variabilidade que devem ter. No gráfico que segue se aprecia como no primeiro mês a orientação foi feita em 140 idoso, representando 89,2 %, para o segundo mês foram 227 idosos (100%) e para quando encerramos o terceiro mês já tínhamos os 287 idosos (100%).

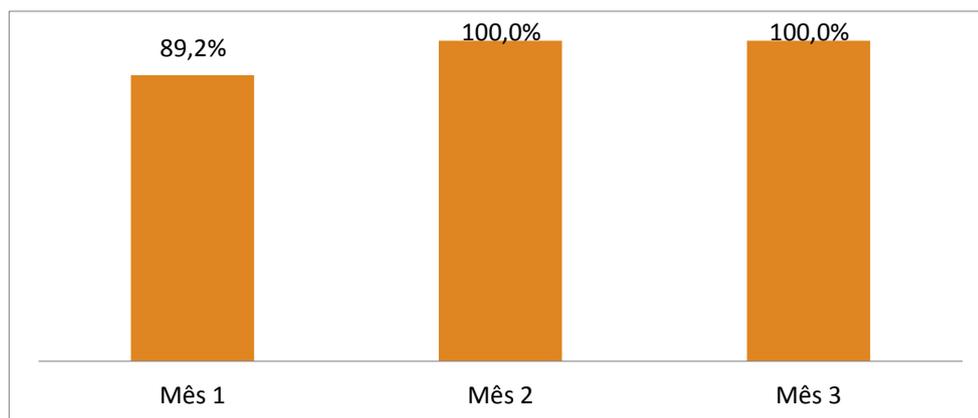


Figura 20: Proporção de pessoa idosa que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados

Meta 6.2: Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% das pessoas idosas.

Indicador 6.2: Proporção de pessoa idosa que receberam orientação para a prática regular de atividade física.

Graças à dedicação da nossa equipe e em colaboração com outros profissionais (educador físico) foi que chegamos aos 100 % dos 298 idosos que receberam orientação sobre a prática sistemática de exercício físico. Gradativamente, no primeiro mês a orientação foi feita em 140 idosos, representando 89,2 %, para o segundo mês foram 227 idosos (100%) e para quando encerrarmos o terceiro mês já tínhamos os 287 idosos (100%). Participar com os idosos nas atividades de prática de exercícios foi muito gratificante, possibilitando interação entre todos. A equipe ultrapassou o simples fato da atividade, ensinamos baseados na prática com eles e conseguir que a maioria (aqueles que conseguiam ir até a unidade) e os que ficavam em casa por ser acamados ou com problemas de locomoção, recebessem as orientação para prática de atividade física.

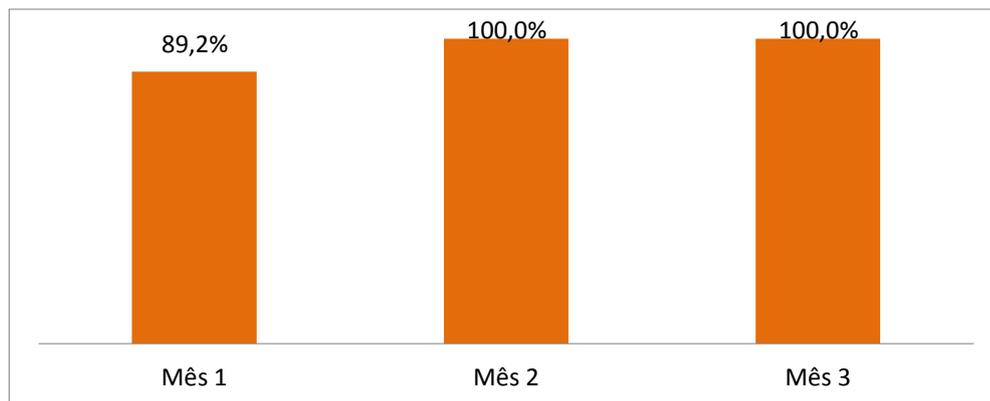


Figura 21: Proporção de pessoa idosa que receberam orientação para a prática regular de atividade física.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados

Meta 6.3: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% das pessoas idosas cadastradas.

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

Chegamos ao último indicador que foi analisado. Neste ponto houve um pequeno problema condicionado pela situação de saúde do dentista que já falamos anteriormente que impediu chegar aos 100 % desde o começo da intervenção; no entanto, tomamos a iniciativa de desenvolver um treinamento rápido e simples com os agentes comunitários de saúde que foi feito pelo técnico de odontologia sobre as diretrizes básicas para manter uma correta e adequada higiene bucal. Assim, espalhamos e instruímos os idosos deste programa com essas informações o que possibilitou cumprir com o objetivo de chegar aos 100 % dos cadastrados que receberam orientação sobre higiene bucal. Aparece no gráfico, o comportamento mensal deste indicador que foi de 121 idosos no primeiro mês (77,1%); para o segundo mês foram 227 idosos (100%) e para quando encerramos o terceiro mês já tínhamos os 287 idosos (100%).

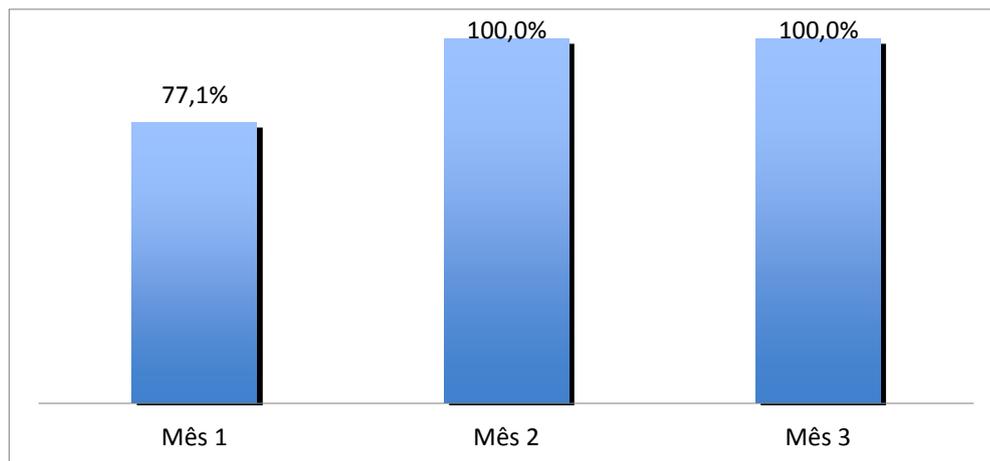


Figura 22: Proporção de pessoa idosa que receberam orientação sobre higiene bucal.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados

4.2 Discussão

Considero pessoalmente, que com a realização da intervenção, foi possível para a equipe de saúde da família (ESF) estender o atendimento especificamente à população idosa da nossa área de abrangência, trazer à rotina das atividades aos 100 % dos idosos pertencentes à área constituiu um triunfo por várias razões; conseguimos acompanhar todos eles, avaliá-los geral e especificamente, acompanhar a suas doenças crônicas, visitá-los, conhecer a sua realidade, incorporar neste trabalho os idosos acamados ou com problemas de locomoção, oferecer atividades educativas, atualizar seus documentos e os nossos registro, valorizá-los. Fizemo-los sentir importantes e que nós estamos cuidando da sua saúde.

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

O serviço ficou mais integral após ter desenvolvido esta intervenção, sendo que as atividades feitas possibilitaram a participação de todos os membros da

equipe, o que anteriormente só era responsabilidade ou era executado por um ou dois membros da equipe. Com a intervenção, conseguimos dar posse de responsabilidade tanto aos ACS como aos enfermeiros ou técnicos em enfermagem, de conjunto com o médico trabalharam e graças a inter-relação valorizamos o papel de cada um fazendo-os sentir mais úteis, valorizados e comprometidos com o seu trabalho.

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

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

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

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

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezado Sr. Oteniel Almeida, Secretário Municipal de Saúde:

Com a chegada do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), abriu-se uma porta para transformar positivamente aqueles indicadores em saúde, representados principalmente pela ampliação da cobertura, longitudinalidade no acompanhamento pré-natal, puericultura, doenças crônicas e pessoas idosas como as mais importantes que precisavam de uma mudança que produzisse melhoramento na qualidade de atendimento e consequente qualidade de vida para as pessoas compreendidas nesses grupos abordados; o que tem acontecido pelo aumento de profissionais médicos que chegaram para ampliar a assistência aos na atenção básica. Um dos objetivos deste programa focalizava a realização de uma especialização em saúde da família que compreendia, junto a outros objetivos, a realização de uma intervenção direcionada para um público específico, com a ideia de pesquisar a evolução dos indicadores de saúde no alvo da intervenção, processo sem precedentes em muitas comunidades que haviam recebido profissionais médicos.

Como médico do PMMB e, dando continuidade às atividades de ensino e pesquisa as quais realizo dentro do programa, eu e a equipe pactuamos desenvolver uma estratégia de saúde direcionada à população idosa pertencente à área de abrangência da minha UBS, que compõem 287 pessoas com sessenta anos e mais de idade, visando a possibilidade de melhora na qualidade de vida, após identificar situações potencialmente modificáveis e que pudessem ser avaliadas pelos indicadores.

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

Com relação à cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde, que anteriormente atingia só 171 pessoas de sessenta anos e mais (60%) para indicadores como Idosos com Caderneta de Saúde Pessoa Idosa, realização de Avaliação Multidimensional Rápida, acompanhamento em dia, com Hipertensão arterial sistêmica e ou/ Diabetes mellitus, avaliação de risco para morbimortalidade com investigação de indicadores de fragilização na velhice como os mais importantes. Com a nossa intervenção conseguimos mudar os indicadores

existentes nos 287 idosos cadastrados, conquista possível pelo envolvimento com que atuou a equipe toda e pela participação comunitária nas ações que possibilitaram o resultado final.

Foi realizada Avaliação Multidimensional Rápida nos 287 idosos pertencentes ao programa, possibilitando visualizar o que seria possível e factível desenvolver pela Unidade, a fim de conseguirmos mudar a realidade. Isso permitiu conhecer o estado de cada um em específico e, atualizando os nossos dados, significou um grande passo, pois nela identificamos riscos potencialmente modificáveis.

Ofertamos ainda, a realização em dia, de exames clínicos para 287 idosos. Fundamentalmente, nos idosos com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e/ou Diabetes Mellitus (DM), isso possibilitou conhecer o estado de controle dessas doenças, sabendo da influência que elas tem para uma boa saúde, de forma a podermos intervir precocemente. A solicitação, assim como a análise dos resultados dos exames complementares periódicos em dia aos 287 idosos cadastrados foi bem-sucedida, permitindo melhor controle e acompanhamento adequado do estado de saúde.

Foi priorizada a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos que precisavam, encontramos um pouco de dificuldade pela resistência, já que os s defendem que os medicamentos devem estar disponíveis nas farmácias das unidades (SUS).

Graças aos esforços do governo estadual e, da prefeitura não tem faltado os remédios genéricos para tratar as principais doenças que acometem os idosos. Em muitos casos, os s que rejeitaram a proposta de trocar tratamentos que eles tiveram que comprar, pois no SUS são “gratuitos” e, desde que seja controlada a sua doença com aqueles fornecidos pelo SUS nas unidades, querem continuar.

Assistimos ainda, a todos os idosos acamados ou com problemas de locomoção por meio das visitas domiciliares. Incluir aos idosos em condição de acamados possibilitou fortalecer o vínculo entre a família e os serviços de saúde. Mediante vistas domiciliares da equipe, além de cadastrar os s em questão, foi possível avaliar a realidade pontual de cada identificando outros problemas, que seria impossível saber caso não fôssemos até as casas. Avaliamos condições de cuidados dos familiares e responsáveis, situação individual e condição limitante para a locomoção. A conversa, tanto com os idosos como com seus familiares pela

equipe diretamente, permitiu individualizar o atendimento e fortalecer conhecimentos em relação às doenças crônicas por estes padecidas. Identificamos também necessidades pontuais que podem ser resolvidas mediante a solicitação de cadeiras de rodas, andadores, muletas ou até mesmo leitos. Todas as necessidades identificadas estão sendo encaminhadas com os seus argumentos à gestão municipal.

Realizamos ainda, o rastreamento para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e/ou Diabetes Mellitus (DM) nos idosos. Tivemos o extremo cuidado de aferir pressão em todos os idosos na atividade de consulta, tendo assim, um panorama geral após fazer esse procedimento nos 287 idosos cadastrados no programa. Do mesmo modo, foi aferida a glicemia capilar, fundamentalmente naqueles idosos que já tinham a condição de hipertensos. Dessa forma, conseguimos identificar a concomitância destas duas doenças e como devíamos proceder para o seu acompanhamento.

No escopo de ações realizadas, tivemos a avaliação da necessidade de atendimento odontológico e a tentativa de garantir a consulta odontológica programática. Tratando a avaliação odontológica como parte dos cuidados integrais à saúde do idoso, até por que não podemos analisar por separado esse indicador, foi que avaliamos ele nos 100% dos idosos cadastrados no programa.

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

Importante ressaltar que mantemos todos os registros atualizados e conseguimos ofertar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a todos os idosos acompanhados pela Unidade. Quando começamos as atividades, houve falta de cadernetas da pessoa idosa, fator externo que numa semana atrapalhou o desenvolvimento das atividades, mas que foi resolvido após contatos com os responsáveis da área técnica da saúde do idoso da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA).

Avaliamos todos os idosos para risco de morbimortalidade. Foram avaliados e identificados cada um deles o risco específico. Direcionando aos achados, realizamos ações de educação em saúde com foco em temas específicos.

Todos os idosos foram contemplados com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, sobre prática regular de atividade física sobre higiene bucal. Tivemos nessas ações, o importante engajamento dos profissionais nutricionista e educador físico do Núcleo de apoio saúde da família (NASF). Uma vez resolvida a situação da equipe odontológica, juntaram-se à intervenção realizada, o que foi significativo para contribuir para que pudéssemos ofertar, um cuidado integral em saúde, aos 287 idosos da nossa área de abrangência.

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

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Como parte das atividades em saúde básica, da nossa unidade e vinculado à especialização em saúde da família e comunidade; a equipe de saúde da UBS Gentil Perdomo desenvolveu um conjunto de ações e atividades, realizando um trabalho de intervenção direcionado à saúde do idoso. Foram distribuídas as responsabilidades pelas atividades e realizamos ações de saúde, buscando a melhoria da qualidade no atendimento às pessoas de sessenta anos e mais compreendidas na nossa área de abrangência.

Durante três estivemos desenvolvendo uma série de ações, atividades, nas quais estiveram envolvidos os membros da comunidade, da equipe de saúde e claro, o alvo de nosso projeto, os idosos. No período já dito viemos preparando o território para estender e fortalecer o atendimento à população de sessenta anos e mais, da nossa área de abrangência, que na atualidade está contabilizada em 287 idosos.

Com a efetuação das ações, foi que conseguimos estender a cobertura deste programa aos 287 dos idosos da área de abrangência, que são agora cadastrados e acompanhados pelo programa. Dentre as ações realizadas, as de maior impacto foram a ampliação da cobertura de atendimento que atingiu a totalidade das pessoas idosas; a Avaliação Multidimensional Rápida que possibilitou a checagem da situação individual de saúde de cada pessoa idosa; a realização de exame clínico apropriado assim como rastrear essas pessoas para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e para Diabetes Mellitus (DM).

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

O atendimento odontológico foi planejado de maneira a realizar a primeira consulta, avaliar alterações de mucosa bucal e necessidade de prótese dentária das pessoas idosas cadastradas.

Outras ações realizadas pela equipe foram a busca das pessoas idosas faltosas às consultas programada; registro de informações e distribuição da caderneta de saúde da Pessoa Idosa (CSPI). Citamos ainda para seu conhecimento

que rastreamos nos 287 idosos para risco de morbimortalidade, investigando a presença de indicadores de fragilização na velhice e avaliando a rede social. Uma das mais importantes coisas que são realizadas na atenção básica o constitui a promoção e prevenção em saúde, por isso constituiu uma grande fortaleza potencializada pela participação de vocês nas atividade orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, na prática regular de atividade física assim como as orientações sobre higiene bucal que incluíram higiene de próteses dentárias; todas essas atividades com alvo principal nos 287 idosos cadastrados.

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

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

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Uma das coisas mais importantes acontecidas na minha vida foi o programa Mais Médicos para o Brasil, projeto que além de trazer vantagem para a população, deu para mim a possibilidade de inserir-me na saúde pública brasileira.

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

O curso de especialização possibilitou a troca de ideias com colegas de outras partes do mundo, pessoas que enxergam a realidade de muitas maneiras esperam que afluam num mesmo ponto: atenção integral e de qualidade, para o indivíduo e a sua família.

Quando no começo foram permitidas nossas escolhas das ações programáticas da intervenção em consonância com as fragilidades detectadas na análise situacional, sempre tive a clareza e determinação pela saúde do idoso. Vejo neles com muita sensibilidade a realidade de quem tem vivido sofrido, aprendido e saído em frente, pessoas que necessitam muito amor, pois suas vidas são fonte inesgotável de conhecimento para futuras gerações.

A intervenção foi mais longe do que muitos achavam, além dos limites que estabeleciam dados e indicadores estatísticos. Aproveitar cada espaço da

atenção médica para valorizar à pessoa como um ser biopsicossocial e não um indicador cientes de que a política nacional de humanização do atendimento à saúde nos trouxe uma ampla concepção do serviço médico assistencial, assim como as vantagens e potencialidades de cada elemento que defende um serviço ótimo de saúde. Baseada nela resolvi um engajamento de todas as percepções que havia desta população, não meramente um dado cadastral, muito, além disso, aprendi como oferecer melhor atendimento, entrelaçado com promoção prevenção chegando assim à melhora da qualidade do atendimento ao idoso.

Referências

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD. Brasília, [2010].

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. DATASUS. Brasília, 2008.

CAMARANO, Ana Amélia (Org.). Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60. Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

FRANCISCO, Wagner De Cerqueira E. Envelhecimento populacional. Disponível em <<http://brasilecola.uol.com.br/geografia/envelhecimento-populacional.htm>>. Acesso em 27 de julho de 2015.

NAÇÕES UNIDAS. Direitos Humanos e Pessoas Idosas. Washington, 1999.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo 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



Atividades com grupo de Idosos com participação comunitária I.



Atividade com grupo de Idosos com participação comunitária II.



Atividade com grupo de Idosos. Atividade física.