

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
TURMA 8**



Trabalho de Conclusão de Curso

Melhoria da atenção à saúde dos idosos na ESF Bairro Nova, Santo Ângelo/RS

Maria del Carmen Puga Pimentel

**Pelotas, RS
2015**

MARIA DEL CARMEN PUGA PIMENTEL

**Melhoria da atenção à saúde dos idosos na ESF Bairro Nova, Santo
Ângelo/RS**

Projeto de intervenção apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade a Distância – UFPEL/UNASUS como requisito para como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Thiago Santos de Souza

Pelotas, RS
2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

P644m Pimentel, Maria del Carmen Puga

Melhoria da Atenção a Saúde dos Idosos na ESF Bairro Nova, Santo Ângelo/RS. / Maria del Carmen Puga Pimentel; Thiago Santos De Souza, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

78 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Saúde do Idoso 4.Assistência domiciliar 5.Saúde Bucal I. Souza, Thiago Santos De, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico esse trabalho à minha família, que apesar da distância não mediram
Esforços,para me incentivar e me apoiar durante toda a especialização
Sem o amor você nada disso seria possível.

Agradecimentos

Ao meu orientador pela ajuda e dedicação oferecida;

Aos usuários e a comunidade pela participação no projeto;

À equipe de trabalho pelo empenho, esforço, profissionalismo e dedicação.

Resumo

PUGA, Maria Del Carmen Pimentel. **Melhoria da atenção à saúde dos idosos na ESF Bairro Nova, Santo Ângelo/RS.** 2015. 78 f Trabalho de Conclusão de Curso do Curso de Especialização em Saúde da Família - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

O envelhecimento, antes considerado um fenômeno, hoje, faz parte da realidade da maioria das sociedades. O presente trabalho trata de uma intervenção realizada junto à Unidade Básica de Saúde Bairro Nova, situada no município de Santo Ângelo, RS. Realizada no período de doze semanas com objetivo de qualificar a atenção à Saúde do Idoso, dos 395 estimados na planilha de coleta de dados foram cadastradas no programa 372 pessoas com 60 anos ou mais que representa 94%, articulando uma demanda específica do território em questão a um contexto mais amplo de preocupação com a saúde da pessoa idosa e com o envelhecimento populacional do país. Através da equipe da Estratégia de Saúde da Família foram colocadas em prática diversas ações que se destinaram a qualificar a atenção, ampliar a cobertura do programa, melhorar os registros das informações dos atendimentos, mapear os idosos de risco e ampliar a adesão dos idosos ao programa, além de promover a saúde desta população. Para alcançar os objetivos foram realizadas ações nos quatro eixos pedagógicos do curso: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Conclui-se que através da intervenção realizada foi possível qualificar o trabalho realizado na UBS de forma sustentável ao longo do tempo, com bom nível de incorporação da intervenção à rotina do serviço o que implica em benefícios a médios e longos prazos não apenas para os idosos como também para a equipe. Além disso, identifica-se a adesão dos idosos aos programas de saúde como questão a ser desenvolvida com maior profundidade em estudos futuros e o desenvolvimento de ações que contemplem a família dos idosos como desafio para a continuidade do processo iniciado com a intervenção.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Saúde da família; Saúde do idoso; Assistência domiciliar; Saúde Bucal.

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico da Proporção da cobertura do programa de atenção à saúde do idoso.	54
Figura 2	Gráfico da Proporção de Idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.	54
Figura 3	Gráfico da Proporção de Idosos com exame clínico apropriado em dia.	55
Figura 4	Gráfico da Proporção de Idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.	56
Figura 5	Gráfico da Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.	56
Figura 6	Gráfico da Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.	57
Figura 7	Gráfico da Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados que receberam visita domiciliar.	57
Figura 8	Gráfico da Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta.	58
Figura 9	Gráfico da Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.	59
Figura 10	Gráfico da Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	59
Figura 11	Gráfico da Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.	60
Figura 12	Gráfico da Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa.	61
Figura 13	Gráfico da Proporção de idosos com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia.	61
Figura 14	Gráfico da Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.	62

Figura 15	Gráfico da Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.	63
Figura 16	Gráfico da Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia.	63
Figura 17	Gráfico da Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia.	64
Figura 18	Gráfico da Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.	65
Figura 19	Gráfico da Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.	65
Figura 20	Gráfico da Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal.	66

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário da Saúde
AMR	Avaliação Multidimensional Rápida
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
DE	Demanda Espontânea
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PA	Pressão Arterial
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
SS	Secretária de saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

Sumário

Apresentação	11
1 Análise Situacional	12
1.1 Engajamento Público: qual a situação da ESF/APS em seu serviço?	12
1.2. Relatório da Análise Situacional.....	14
1.3 Comentários comparativos entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	23
2 Análise Estratégica	25
2.1 Justificativa.....	25
2.2 Objetivos e Metas	27
2.2.1 Objetivo geral:	27
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	27
2.3 Metodologia	28
2.3.1 Detalhamentos das Ações	29
2.3.2 Indicadores.....	37
2.3.3 Logística.....	43
2.3.4 Cronograma	46
3. Relatório da Intervenção	47
4 Resultados	53
4.1 Discussão	66
5- Relatório da Intervenção para os Gestores	69
6. Relatório da intervenção para Comunidade.	71
7 Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem	73
Referências	74
Anexos	75
A) Documento do comitê de ética	76
B) Ficha Espelho.....	77
C) Planilha de Coleta de Dados.....	77
D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias.....	78

Apresentação

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas, na modalidade EaD, em parceria com a Universidade Aberta do SUS (UNASUS) como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família, trata de uma intervenção realizada junto à Unidade Básica de Saúde (UBS) do Bairro NOVA, situada no município de Santo Ângelono estado do Rio Grande do Sul.

A intervenção foi realizada no período de 12 semanas e teve como objetivo qualificar a atenção à Saúde do Idoso, considerando não apenas o contexto mais amplo de preocupação com o envelhecimento populacional do país e com a saúde da pessoa idosa, mas o modo como estes se revelavam nos dados do território em questão. Seus diferentes momentos e os resultados alcançados através da mesma encontram-se aqui descritos e analisados.

Para tanto, na primeira parte, são colocadas as análises situacionais que justificaram a elaboração do projeto bem como sustentaram a intervenção realizada. Em seguida, na segunda parte, são detalhadas as estratégias utilizadas para colocar em prática as ações que materializaram os objetivos mais específicos da intervenção, traduzidos em metas, assim como são apresentados os indicadores que permitiram monitorar as ações ao longo do tempo e avaliar os resultados obtidos.

Na sequência, na terceira parte, são analisados alguns elementos específicos da intervenção efetivada e, na quarta parte, são apresentados os dados quantitativos e qualitativos que permitem a discussão dos resultados da intervenção. E por fim, encontram-se os relatórios e reflexões conclusivas sobre o processo.

1 Análise Situacional

1.1 Engajamento Público: qual a situação da ESF/APS em seu serviço?

O trabalho de equipes da saúde da família é um elemento chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e desses com o saber popular dos agentes comunitários. Nossa equipe está conformada por 13 pessoas, sendo elas: duas médicas, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, um dentista, uma auxiliar de consultório dentário, uma auxiliar de limpeza e cinco agentes comunitários de saúde (ACS). Uma equipe está incompleta, falta mais um dentista, uma enfermeira e três ACS, pois atendemos uma população aproximada de 4000 habitantes delimitada em um território de oito bairros situados na periferia da cidade onde população é muito carente.

Esta equipe presta assistência integral, permanente e de qualidade realizando atividades de educação e promoção à saúde com palestras e grupos de usuários, como por exemplo: grupos de Hipertensos, de Diabéticos, de Gestantes. São realizadas também ações de prevenção de doenças como vacinação, coleta de amostras para preventivos do colo de útero e de atenção odontológica.

Quanto à estrutura física a unidade tem uma sala de espera, uma sala de vacina, uma sala de curativos, dois consultórios médicos, um consultório odontológico, uma sala de nebulização, uma cozinha, um salão de esterilização, quatro banheiros. Porém a unidade precisa de uma área de recepção, sala de reunião e uma sala de arquivos. O mobiliário também está incompleto por faltam algumas cadeiras, mesas de escritório, ar condicionado e armário vitrine em um dos consultórios médico, uma balança de bebê, um refrigerador, um micro-ondas, telefone e internet.

O processo de trabalho ocorre em 40 horas semanais, sendo 8 horas por dia de segunda-feira à sexta-feira. O atendimento é por agendamento e por demanda espontânea. Refletindo a respeito do acolhimento da demanda espontânea, acredito

que a equipe tem realizado bem trabalho a todos os usuários que solicitam a consultaimediata, sendo que a porcentagem de demanda imediata é cerca de 10(5%)ao dia. O agendamento é realizado por semana.

Na unidade também são priorizados os atendimentos a grupos específicos em dias da semana, como por exemplo, o pré-natal é realizado toda quarta-feira e as visitas domiciliares que acontecem todas as quintas-feiras. Diariamente é realizada uma avaliação de risco/vulnerabilidade o que faz com que os responsáveis pelo agendamento tenham autonomia para agendar imediatamente uma gestante com qualquer sintoma, umacriança febril ou usuário com pressão altapor exemplo. O que acredito que pode melhorar é o dia exclusivo para idosos, gestantes, puericultura, diabéticos e hipertensos para assim organizar melhor o trabalho na UBS.

Quanto àsaúde dos Idosos e das crianças, acredito que estas são uma das maiores deficiências da ESF Bairro Nova, uma vez que existem pouquíssimas consultas de puericultura e de idoso realizadas comparadas com o número de usuários que poderiam fazer.

O trabalho da equipe de saúde é muito importante na pesquisa ativa de riscos e doenças, entre os principais riscos encontrados na população destacam-se o tabagismo, a obesidade, a gravidez na adolescência e os acidentes domésticos. Entre as doenças mais frequentes encontram-se àHipertensão Arterial Sistêmica (HAS), a Síndrome metabólica, as Enfermidades mentais eas Artropatias. Ainda temos uma longa caminhada que fazer para alcançar mudanças de hábitos e estilos de vidasaudáveis.

A atuação da equipe depende da coesão entre os membros, das condições de trabalho e do apoio da secretaria de saúde com recursos (esfigmomanometro, balanças entre outros) e transporte para as visitas, além disso, das instituições sociais que interatuam na população (Associações de bairros, religiosas, clube de mães), da superação dos profissionais no programa de saúde á pessoa Idosa. Por enquanto, com o curso de especialização acreditamos ampliar nossos conhecimentos os quais terão sido aplicados ao trabalho da equipe para melhorar a saúde da população com intervenção direta focada com estratificação de os principais riscos presentes.

É muito importante estabelecer vínculos com de compromisso e de corresponsabilidades com a população e isso corresponde à equipe de saúde.

Devido ao fato de que a equipe ainda está incompleta, temos dificuldades para realizar trabalho com os grupos e as visitas domiciliares. Os agentes comunitários desempenham uma tarefa fundamental na pesquisa ativa de fatores de risco e doença, pois eles são os principais vínculos para relacionamento com a comunidade.

São realizadas reuniões de equipe onde temos a possibilidade de conhecer as dificuldades que apresentam cada integrante da equipe e definir estratégias para dar soluções. Eu estou muito feliz de trabalhar nesta equipe de Saúde da família, e tenho certeza que com nossa atuação dia a dia conseguiremos mudar estilos de vida indesejável e melhorar a saúde da população desta área.

1.2. Relatório da Análise Situacional

Santo Ângelo é um município localizado no estado do Rio Grande do Sul. Pertence à mesorregião do Noroeste Rio-Grandense e à microrregião de Santo Ângelo. É o maior município da região das Missões e têm aproximadamente 76.304 mil habitantes, nove UBS com Estratégia de Saúde da Família (ESF), dez unidades básicas tradicionais, um Centro Especializado Odontológico (CEO), um serviço hospitalar de referência o Hospital Santo Ângelo (HSA), com 170 leitos, que atende a demanda de 24 municípios da região, com atenção especializada em saúde mental, ginecologia/obstetrícia, Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), HIV/AIDS/hanseníase/tuberculose. O município não conta com Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

O município conta também com o Pronto Atendimento cujo nome é Dr. Ernesto Nascimento, além de especialidades como, por exemplo, cardiologia, neurologia, traumatologia, dermatologia, urologia, entre outros. Há possibilidade de solicitar exames complementares tanto laboratoriais quanto de imagem (ultrassom e tomografia computadorizada) que ficam a cargo da regulação e marcação na secretaria de saúde.

A UBS na qual eu trabalho, é uma ESF, tem três anos de inaugurada, e chamam-se Sr Francisco Assis de Souza, ESF Bairro Nova. Localiza-se na zona urbana, com vínculo com o Sistema Único de Saúde (SUS), de gestão plena e mantém vínculo também com a Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões

(URI). Nossa equipe esta conformada por 13 pessoas, sendo elas: duas médicas, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, um dentista, uma auxiliar de consultório dentário, uma auxiliar de limpeza e cinco (ACS).

Em relação à estrutura física, a UBS possui: dois consultórios médicos, uma sala de consultório do odontológico, uma sala para procedimentos e também utilizada para guardar medicações, realizar nebulização, curativos, para exame citopatológico de detecção de câncer de colo de útero, uma sala de vacinas, uma cozinha, uma sala de esterilização e quatro banheiros.

As deficiências que mais atrapalham o desenvolvimento do trabalho são a sala de recepção e arquivos de prontuários que ficam juntos da sala de espera, sem privacidade, o fato de não ter sala para reunião de equipe e nem para os ACS, sendo que estas reuniões acontecem no consultório médico. Ainda dentro da estrutura, destaca-se que a escada não tem corrimãos e é de difícil acesso pela altura entre os degraus, constituindo uma barreira arquitetônica para pessoas idosas e deficientes. Faltam armários nos consultórios, mesas auxiliares e foco de luz.

Temos computador, mas este não possui acesso à internet, e nem temos telefone. Em relação aos exames de USG, Endoscopia, Espirometria estes são agendados pela secretaria de saúde e sempre demoram muito para acontecer.

A estratégia utilizada para melhorar os aspectos referidos quanto à estrutura da unidade foi realizar uma reunião com a Secretaria de Saúde, e como resposta, a unidade passará por uma reforma ainda este ano.

Quanto às atribuições de cada um dos integrantes de equipe está descrita na portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011 conforme a normatização do SUS e os principais aspectos positivos foram à inserção do odontólogo e do auxiliar de odontologia nas atividades dos grupos de idosos, hipertensos, diabéticos, gestantes. As visitas domiciliares com os ACS são realizadas todas as quintas-feiras.

Acreditamos que existe integração da equipe para fazer as atividades dos grupos que conseguimos formar. A reunião da equipe é muito produtiva para os debates das ESF, já foi solicitado ao coordenador e a Secretaria de Saúde (SS) a complementação do quadro de ACS, pois é de vital importância cadastrar todas as famílias e identificar os principais riscos, os grupos de agravos, e desta forma melhorar a relação usuário- profissionais.

Os serviços da unidade passam por limitações como, por exemplo, não são realizados pequenos procedimentos cirúrgicos, pois não temos pinças próprias para suturas, o que faz com que os usuários tenham de procurar o hospital ou pronto atendimento que fica a uma distância de 5 km. Também não temos grupos de puericultura, de adolescentes, de portadores de sofrimento psíquico, de tabagismo e não se realiza fisioterapia nem coletas para exames, por falta de recursos humanos e materiais.

No que se referem à área adstrita, cerca de aproximadamente 4mil pessoassão cobertas pela unidade, ou seja, cerca de 600 famílias tem a ESF Bairro Nova como possibilidade de acesso a saúde. No que diz respeito ao acolhimento da DE, acredito que a equipe tem realizado um bom trabalho, pois como não contamos com recepcionista e a técnica de enfermagem fica na linha de frente do acolhimento, atendendo os usuários que chegam.

O tempo médio de espera para os atendimentos extras tem sido inferior a 30 minutos. Salienta-se que a porcentagem de demanda imediata tem sido 10(5%)ao dia e é realizada diariamente a avaliação de risco/vulnerabilidade.

Os responsáveis pelo menos acolhimento têm autonomia para agendar imediatamente uma criança febril, um usuário com queixa algica ou algum tipo de urgência ou emergência. Nesse sentido, destaca-se que há algumas condições que aumentam a vulnerabilidade dos indivíduos e que o acolhimento representa uma grande oportunidade de incluí-las nos planos de cuidado, como: uma criança desnutrida que não é levada a consulta há oito meses, um homem de cinquenta anos que vai ao serviço de saúde pela primeira vez, entre outros.

Na unidade são realizados agendamentos, o que permite maior organização do serviço, evitando superlotação. Dessa forma, é possível oferecer melhor acolhimento a DE. Ainda há problemas relacionados à estes usuários que chegam sem consulta marcada, como a falta de uma sala específica, tendo esta que ser realizada na recepção sem privacidade para o usuário.

Em relação à Saúde da Criança, as consultas aos menores de um ano estão bem estruturadas e organizadas. Temos um dia fixo, todas as quintas-feiras, para essas consultas que são realizadas pela médica clínica geral, pela enfermeira e técnica de enfermagem. É realizada a vacinação e a próxima consulta já fica agendada. São utilizados os protocolos preconizados pelo ministério da saúde para identificar as

crianças de alto risco, assim como para regular o acesso das mesmas a outros níveis do sistema de saúde.

A estimativa do Caderno de Ações Programáticas (CAP) é de 47 crianças menores de um ano pertencentes à área de abrangência da unidade. No momento temos uma cobertura de 32% (15). Destas, 47% (7) estão com a primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida, 60% (9) estão com as consultas em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, 60% (9) estão com o monitoramento do crescimento e do desenvolvimento na última consulta, 80% (12) está em dia com as vacinas, 100%(15) das mães e/ou responsáveis receberam orientações para o aleitamento materno exclusivo e para prevenção de acidentes, 100% (15) realizaram teste do pezinho, nenhuma foi avaliada quanto à saúde bucal, 13%(2) está com atraso da consulta agendada em mais de sete dias e nenhuma realizou triagem auditiva.

As consultas eram realizadas apenas por pediatras na SS, e por issoas maiorias dos pais pensavam que estas consultas só são feitas pelo especialista. Desde o início do Programa Mais Médicos no município no mês de maio de 2014, iniciaram-se os controles de puericultura na UBS. Todos os membrosda equipe oferecemorientações da alimentação saudável, do aleitamento materno exclusivo,da prevenção de acidentes, da importância das consultas de puericultura e das vacinas.

Em relação à atenção ao pré-natal,acompanhamos um total de 17 (29%) gestantes da estimativa de 59 gestantes para a área de cobertura segundo o CAP. Das 17 gestantes acompanhadas 47% (8) iniciou o pré-natal no 1º trimestre e estão com as consultas em dia de acordo com o calendário do Ministério da Saúde, para 65% (11) foi solicitado na 1º consulta os exames laboratoriais preconizados, para 65%(11) foi prescrito sulfato ferroso bem como foram fornecidas orientações para aleitamento materno exclusivo; 47% (8) das gestantes acompanhadas realizaram o exame ginecológico por trimestre recomendado, 35%(6) foram avaliadas quanto à saúde bucal, 41%(7) recebeu a dose da vacina Hepatite B e da vacina antitetânica, ambas conformeprotocolo.

O indicador de cobertura da atenção ao puerpério é de 11% (5) do total de 47 puérperas estimadas para a área de abrangência da unidade com indicadores de qualidade de 100% (5) quanto à realização da consulta puerperal antes dos 42 dias

pós-parto, orientações quanto aos cuidados básicos do recém-nascido, sobre aleitamento materno exclusivo, sobre planejamento familiar, realização do exame das mamas, do abdome e avaliação quanto à intercorrências e avaliação quanto ao estado psíquico. A um total de 100% (5) foi realizado exame ginecológico e possuem registro da consulta realizada.

As demais realizam seus acompanhamentos em unidades particulares com especialistas. As consultas estão bem estruturadas e organizadas, temos um dia fixo que é na quarta-feira e são realizadas pela médica clínica geral, pelo dentista e pela enfermeira. A gestante já sai da UBS com a próxima consulta agendada.

Nestas consultas são identificados os problemas clínicos em geral, os de saúde bucal, o controle de câncer de colo de útero, a classificação de risco e no caso de alto risco a usuária é encaminhada para fazer controle com especialista de Ginecologia e Obstetrícia. O grupo de gestante é realizado duas vezes por mês, com participação da equipe e nele as gestantes são orientadas quanto a diversos pontos: aleitamento materno, alimentação saudável, saúde bucal etambém são estabelecidas conversas entre elas, trocas de experiências, além de orientações sobre a importância da Atenção ao Pré-natal.

Os indicadores nestas ações programáticas poderiam ser melhorado com visitas domiciliares nos primeiros sete dias do parto pelas ACS, com conversas com as grávidas em as consultas de pré-natal sobre a importância do acompanhamento durante o puerpério para evitar complicações que podem aparecer.

Acredito que para melhorar o controle do pré-natal e puerpério, a equipe tem de trabalhar os seguintes aspetos: primeiramente com o controle das mulheres em idade fértil alcançaremos adequado planejamento familiar, para que iniciem a gravidez em ótimas condições clínicas e mentais, além de iniciar o controle no primeiro trimestre de todas as gestantes.

De acordo com o estimado há 1.084 mulheres na faixa etária entre 25 - 64 anos e destas 578 realizam acompanhamento para prevenção de Câncer de Colo Uterino (CCU) na unidade, o que representa uma baixa cobertura (53%). No que tange aos indicadores de qualidade, podemos dizer que 31%(178) delas têm realizado exame citopatológico, 20% (113) estão com mais de seis meses de atraso. Das amostras coletadas, 31%(178) apresentaram resultado satisfatório. Um total de 18% (104) das

mulheres possui avaliação de risco para câncer de colo de útero, receberam orientação sobre prevenção de câncer de colo de útero e sobre doenças sexualmente transmissíveis. Refletindo sobre esses aspectos, observa-se que os indicadores estão baixos, já que nem todas fazem acompanhamento na unidade, podendo fazer acompanhamento com ginecologista na secretaria de saúde ou clínicas particulares.

O registro da população está incompleto devido à falta de ACS e existem aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados para contribuir para ampliar a cobertura e a qualidade do controle dos CCU. Estes seriam: participação de todos os profissionais da equipe na orientação do uso de preservativos, ter arquivo para o registro dos resultados dos exames citopatológicos, complemento da equipe com ACS para o cadastro das usuárias, formar grupo de adolescentes para orientar sobre relações sexuais precoces, tabagismo, Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's) e outros fatores de risco para o CCU. Desde que iniciamos o trabalho na UBS, quando surgem exames alterados, são agendadas consultas médicas e também se realizam visitas domiciliares. Quando as alterações são benignas se indica o tratamento oportuno.

Do total de 406 mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área de abrangência da unidade, são acompanhadas 50% (205) das mulheres residentes e cadastradas na unidade. Um total de 53% (108) das mulheres está com mamografia em dia. Do total de mulheres acompanhadas, 14% (59) estão com a mamografia com mais de 3 meses em atraso e 66% (135) receberam orientação sobre prevenção do câncer de mama e foram avaliadas quanto ao risco para câncer de mama.

Acredita-se que com uma equipe completa teríamos o cadastro de toda a população da área de abrangência e assim melhoraria o acesso das usuárias à unidade. A equipe realiza ações educativas, conversas nas consultas e palestras nos grupos esclarecendo à sobre a importância da realização do exame preventivo para o diagnóstico precoce desses cânceres, se não tem realizada a mamografia esta é indicada e é realizada à marcação para fazer o exame cito patológico de colo de útero.

Temos um total estimado de 882 pessoas com hipertensão com 20 anos ou mais. Destas, acompanhamos na Unidade um total de 60% (523) dos hipertensos residentes e cadastrados. A realização de estratificação de risco cardiovascular por

critério clínica foi realizado a 13% (71) das pessoas com hipertensão acompanhadas. Um total de 36% (189) também recebeu orientações sobre prática de atividade física regular, 58%(310) receberam orientações nutricionais para uma alimentação saudável, 23%(123) estão com os exames complementares periódicos em dia e 48%(256) estão com atraso das consultas em mais de sete dias e também 11%(58) possui avaliação de saúde bucal.

Em relação ao Diabetes Mellitus a cobertura está em 54% (136) do total estimado de 252 diabéticos para a área segundo o CAP. A realização de estratificação de risco cardiovascular foi realizada a 12% (16) e também 78% (106) estão com os exames complementares periódicos em dia, 6%(8) com exame físico dos pés nos últimos 3 meses, 5%(7) com registro de realização de palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos 3 meses, 24%(32) com medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses, 99%(135) receberam orientação sobre prática de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável, 9%(12) receberam avaliação de saúde bucal e 90%(122) está em atraso da consulta agendada em mais de sete dias.

Quanto aos diabéticos, aos hipertensos e aos idosos, estes são os grupos que mais avaliamos e cuidamos, pois são os que mais consultam, pois acompanhando uma tendência mundial do aumento de doenças crônicas e da modificação da pirâmide populacional e estilo de vida. Acredito que é preciso investir cada vez mais em planejamento de ações preventivas e educativas, na forma de reuniões efetivas de grupo, mudanças de hábito de vida e adesão à medicação.

Os ACS são os que realizam com maior frequência a busca ativa destes usuários faltosos, e, ao mesmo tempo, alertam a necessidade de agendar as consultas para estes usuários. A consulta de um diabético e hipertenso na nossa unidade é sempre acompanhada de orientação quanto à nutrição (dieta fracionada em várias refeições ao dia, hipossódica, rica em fibras, frutas e verduras, pobre em gorduras...), e sobre a importância de exercício físico semanal adequado.

Além disso, realiza-se atendimento de adultos portadores de HAS e/ou DM todos os dias da semana, pela nos dois turnos. Nestes atendimentos participam a Enfermeira, o Médico Clínico Geral, o Odontólogo, o Técnico e o Auxiliar de Enfermagem. Esses usuários saem da UBS com a próxima consulta programada. Além das consultas programadas existe a demanda de adultos para atendimento de

problemas de saúde agudos relacionados à HAS e DM, e existe oferta para essa atenção.

Existe também um protocolo de atendimento para usuários portadores destas doenças crônicas. Estes atendimentos são registrados no prontuário clínico, e na ficha de atendimento odontológico. A equipe de saúde realiza atividades em grupos de adultos no âmbito da UBS e da associação comunitária do bairro. São realizados quatro grupos de adultos com HAS e/ou DM por mês. Nestas atividades em grupo todos os integrantes da equipe participam. Uma das dificuldades é que os usuários não têm o conhecimento da importância de prevenir e controlar estas doenças, nem como evitar complicações futuras das mesmas.

Os atendimentos dos idosos são realizados quatro dias por semana, nos dois turnos. Participam do atendimento o Enfermeiro, o Médico Clínico Geral, o Odontólogo, o Técnico/auxiliar de enfermagem e o Técnico/auxiliar de consultório dentário. Fornecemos a Caderneta do Idoso (CI) àqueles que não possuem. Na UBS não contamos com Assistente Social, Educador Físico, Médico Ginecologista-Obstetra, Médico Psiquiatra e nem Nutricionista.

Existe oferta de atendimento para idosos com problemas de saúde agudos e são desenvolvidas ações para o cuidado, tais como: Imunizações, atividade física, promoção de hábitos alimentares saudáveis, saúde bucal e saúde mental. Explica-se aos idosos ou seus familiares como reconhecer sinais de risco relacionados aos problemas de saúde de maior prevalência entre eles, como a HAS, a Diabetes Mellitus e a Depressão.

Na UBS e nas associações (clube de mães, moradores dos bairros instituições religiosas) são realizadas atividades de grupo todas as últimas quartas-feiras do mês, onde fazemos palestras, conversas e dinâmicas de grupo para incentivar o exercício físico e estilos de vida saudáveis. A equipe realiza cuidado domiciliar aos mesmos com muita frequência, que geralmente é feito pela Enfermeira, Técnica/auxiliar de enfermagem, ACS e Médico Clínico Geral. De acordo com o CAP são estimados 540 usuários com 60 anos ou mais, sendo que destes, 367 (58%) são residentes em nossa área, mas apenas 83 (23%) possuem a CI e 123 (34%) estão com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

Há 135 (37%) com acompanhamento em dia, com HAS são 281 (77%) e DM 154 (42%). A avaliação de risco para morbimortalidade foi realizada em 135

(35%) e a orientações nutricionais para hábitos alimentares saudáveis foi realizada com 231 (63%) usuários. No que tange a orientação à prática de atividade física, 231 idosos (63%) foram conduzidos a essa prática e com avaliação de saúde bucal em dia apenas 59 (16%) usuários. Para termos estas informações, utilizamos os prontuários clínicos e odontológicos. A equipe tem se sensibilizado bastante com o trabalho junto à terceira idade, mas temos muitos desafios pela frente, já que é importante conseguir o apoio da família e a participação da comunidade, fazendo com que o idoso envelheça com qualidade de vida e independência.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) define envelhecimento como um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico e de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte". (1)

Nossa equipe tem como estratégia, avaliar a totalidade da população e cadastrara mesma para ter um diagnostico situacional certo em este grupo de idade; realizamos ações de promoção nas consultas, visitas domiciliares e os grupos de idosos tratando temas de interesse para eles. Pretendemos melhorar ou programar os seguintes aspectos: Ampliar a cobertura das pessoas de mais de 60 anos, realizar acompanhamento em dia e avaliação multidimensional rápida aos 100% de idosos cadastrados no programa, manterem controlados e compensados os usuários Idosos com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, estimular a alimentação saudável e a prática de atividade física regular.

No referente à Saúde Bucal capacidade instalada para prática clínica é satisfatória, tem boa estrutura física de forma adequada. Uma das ações coletivas que é realizada é o atendimento de usuários da FASE (serviços penitenciários), que se encontra localizado nas proximidades da UBS com uma capacidade para 12 pessoas.

A forma de registro não permitiu o preenchimento desta parte do Caderno de Ações Programáticas já que o odontólogo não tem registrado esses números na UBS. Acredito que a média dos procedimentos clínicos por habitantes na unidade esteja abaixo do preconizado pelo Ministério da Saúde (MS) tem atendidos 160 usuários por mês com uma população de mais de 4000 habitantes. Talvez um dos motivos seja a necessidade de maior tempo para esterilização do material utilizado pelo dentista, para não faltar no dia seguinte.

Em relação à primeira consulta odontológica programática em grupos populacionais prioritários (pré-escolares, escolares e idosos) na unidade, não foi possível avaliar pela falta de dados específicos. Só as gestantes estão sendo atendidas nesse âmbito em média com nove consultas por mês. A razão entre as primeiras consultas programáticas e os atendimentos não programados está dentro do esperado é de 12 sobre 4.

Salienta-se que há mais consultas programáticas do que os atendimentos não programados. A demanda imediata está principalmente relacionada a queixas álgicas. A atenção a SB pode ser melhorada desenvolvendo ações de cunho educativo, corresponsabilização com o usuário pelo enfrentamento dos problemas existentes, entendendo que é preciso seguir determinadas medidas higiênico-dietéticas e procurar atendimento não apenas com queixas agudas, mas também para prevenção. A visita domiciliar com os profissionais da SB auxiliaria na atualização constante de informações das famílias e acompanhamento mensal. Além disso, auxiliaria na identificação de pessoas e famílias em situação de risco e vulnerabilidade.

Tendo em vista todas estas situações já abordadas, fica fácil perceber que os desafios enfrentados nesta UBS são de fato numerosos e há muito trabalho pela frente. Com os dados ainda escassos, e ao preencher o CAP e comparar números, pensava: Onde estão esses usuários? Principalmente crianças para puericultura e mulheres em risco de câncer de colo uterino, que não estamos abrangendo.

As tarefas realizadas no curso provocam o anseio por mudança, a necessidade de estabelecimento de ações programáticas, de melhores registros, ampliação das fronteiras de atuação, visando uma maior resolubilidade na prevenção, para somente assim, construir em nós mesmos, como equipe, e nos usuários o ideal de uma verdadeira ESF que melhora a qualidade de vida da população.

1.3 Comentários comparativos entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Depois de ler e analisar o texto escrito no início e compará-lo com o relatório realizado após análise situacional organizada e sistemática pode-se dizer que a ESF

em questão melhorou muito nos últimos meses. Agora o trabalho está mais organizado, pois realizando a análise situacional teve-se a oportunidade de conhecer melhor a população e observar os pontos onde a equipe poderia melhorar o atendimento. Todos os membros da equipe de saúde agora estão mais unidos e conscientes da importância do trabalho que deve ser realizado junto à população, que é a promoção e prevenção de doenças. É possível dizer que saúde da população melhorou e que o trabalho é mais completo.

Apesar disso, ainda há muito pela frente, visto que através dos dados do CAP, pode-se observar uma baixa cobertura e qualidade de alguns programas, como prevenção do câncer de colo de útero e o câncer de mama e atenção ao hipertenso e diabético.

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 estima-se para o ano de 2050 que existam cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos e mais no mundo, a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento. A dependência é o maior temor nessa faixa etária e evitá-la ou postergá-la passa a ser uma função da equipe de saúde, em especial na Atenção Básica.

O cuidado à pessoa idosa deve ser um trabalho conjunto entre equipe de saúde, idoso e família. A Atenção Básica é o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Em 1994, o Ministério da Saúde adotou a Saúde da Família como uma estratégia prioritária para a organização da Atenção Básica e estruturação do sistema de saúde. A Saúde da Família trabalha com práticas interdisciplinares desenvolvidas por equipes que se responsabilizam pela saúde da população a ela adstrita e na perspectiva de uma atenção integral humanizada, considerando a realidade local e valorizando as diferentes necessidades dos grupos populacionais. No trabalho das equipes da Atenção Básica/Saúde da Família, as ações coletivas na comunidade, as atividades de grupo, a participação das redes sociais dos usuários são alguns dos recursos indispensáveis para atuação nas dimensões cultural e social.

Quanto à estrutura física a unidade tem uma sala de espera, uma sala de vacina, uma sala de curativos, dois consultórios médicos, um consultório odontológico, uma

sala de nebulização, uma cozinha, um salão de esterilização, quatro banheiros. Porém a unidade precisa de uma área de recepção, sala de reunião e uma sala de arquivos. O mobiliário também está incompleto por faltam algumas cadeiras, mesas de escritório, ar condicionado e armário vitrine em um dos consultórios médico, uma balança de bebe, um refrigerador, um micro-ondas, telefone e internet. Nossa equipe esta conformada por 13 pessoas, sendo elas: duas médicas, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, um dentista, uma auxiliar de consultório dentário, uma auxiliar de limpeza e cinco agentes comunitários de saúde (ACS), atendemos uma população aproximada de 4000 habitantes delimitada em um território de oito bairros situados na periferia da cidade.

A população alvo da intervenção são usuários com 60 anos ou mais que residem na área adstrita da unidade e são estimados 540 pelo CAP, mas atualmente somente são cadastrados 367, ou seja, 58%. Dos indicadores de qualidade 83 (23%) idosos estão com a caderneta de saúde da pessoa idosa e 123 (34%) com Avaliação Multidimensional Rápida em dia. Realizou-se acompanhamento em dia a 135 (35%), e com hipertensão são 281 (77%) e diabetes 154 (42%). A avaliação de risco para morbimortalidade foi realizada em 135 (35%). Quanto à adesão da população, existem muitos faltosos às consultas.

Um dos fatores que levaram a baixa cobertura é fato de que a equipe está incompleta, pois faltam ACS. Nossa equipe tem como estratégia, avaliar a totalidade da população com data de nascimento e cadastro dos mesmos para ter um diagnostico situacional deste grupo etário. São realizadas ações de promoção à saúde nas consultas, visitas domiciliares e os grupos de idosos tratando temas de interesse para eles como alimentação saudável, riscos de quedas, prática de exercícios físicos e outros.

Com a intervenção pretendemos melhorar ou programar os seguintes aspectos: Ampliar a cobertura das pessoas de mais de 60 anos, realizar acompanhamento em dia e a avaliação multidimensional rápida a um número maior de idosos, manterem controlados e compensados os usuários idosos com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, estimular a alimentação saudável e a prática de atividade física regular.

A intervenção é importante no contexto da UBS já que a implantação da ação programática é deficiente e isso é demonstrado nos indicadores de cobertura e

qualidade baixos. A equipe concorda com a escolha do tema da intervenção e está envolvida na mesma, mas reconhecemos que ainda temos limitações e dificuldades, principalmente pela equipe estar incompleta. Há aspectos que podem ser melhorados como o cadastro, a avaliação Multidimensional, o conhecimento da importância de alimentação saudável, a prática de atividade física, a saúde bucal e melhorar adesão ao programa. Acredito que a intervenção será fundamental para melhorar a situação da atenção à saúde no âmbito da minha unidade.

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo geral:

Qualificar a atenção à saúde de idosos na ESF Bairro Nova, Santo Ângelo/RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Referente ao objetivo 1 (Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso)

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

Referente ao objetivo 2 (Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde).

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

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

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

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

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

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

- 2.7. Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).
- 2.8. Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM).
- 2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.
- 2.10. Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Meta referente ao objetivo 3 (Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso).

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

Meta referente ao objetivo 4 (Melhorar o registro das informações direcionadas ao Programa de Saúde do Idoso).

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

Meta referente ao objetivo 5 (Mapear os idosos de risco da área de abrangência).

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

Meta referente ao objetivo 6 (Realizar ações de promoção da saúde voltada a saúde dos idosos).

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

2.3 Metodologia

“Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade de Saúde Sr Francisco Assis de Souza, ESF Bairro Nova, no município de

Santo Ângelo/RS por causa das férias fico em 12 semanas. Para a realização dessa intervenção foram planejadas ações nos eixos de Monitoramento e Avaliação, Organização e Gestão do Serviço, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica, levando-se em consideração as necessidades da população do território de abrangência, a viabilidade de aplicação das ações e a expectativa de obtenção de resultados. Serão convidados a participar da intervenção todos os idosos estimados na planilha de VIGITEL para a área de cobertura que perfazem um total de 395 idosos com 60 anos ou mais.”

2.3.1 Detalhamentos das Ações

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

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

Ações por eixos:

Monitoramento e avaliação

Monitorar e avaliar o número de idosos cadastrados no Programa nas reuniões de equipe à saúde do idoso da área da unidade de saúde, revisão das fichas dos ACS para levantamento do número de idosos, será capacitada toda a equipe para o adequado registro das ações, com uso das fichas espelho e planilha. Realizar reunião de equipe a cada 15 dias para discussão dos dados levantados e planejamento de melhorias no monitoramento a responsável será a médica, será utilizada a Ficha B do SIAB, e os dados serão monitorados semanalmente pela Técnica de Enfermagem.

Organização e gestão do serviço.

O acolhimento para os idosos será realizado por todos os membros da equipe, para garanti-la o atendimento de todos os que procuram a unidade. Além disso, atualizaremos as informações nas reuniões da equipe quinzenalmente.

Engajamento público.

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

unidade de saúde, rastreamento de DM e HAS e fatores de risco de quedas. Para isso a médica realizara palestras na comunidade todas as semanas.

Qualificação da prática clínica.

Serão realizadas duas sessões semanais de capacitação, com duas horas de duração, nas primeiras quatro semanas do projeto. Essas sessões terão a participação de todos os membros da equipe, serão coordenadas pela Médica e tratarão dos seguintes temas: Cadastramento e preenchimento da ficha B, caderneta da pessoa idosa, realização do teste de glicose e verificação da PA, e discussão da política de humanização. As atividades terão uma hora para apresentação teórica e uma hora para discussão entre os participantes.

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

Metas:

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

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

Monitoramento e avaliação

Para realizar estas ações o exame clínico será feito pela médica à mesma em as consultas e visitas domiciliares, capacitara a equipe para fazer realização das seguintes ações: Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos em todos idosos cadastrados, monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde. Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada. Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, monitorar o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados, monitorar realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção. Monitorar o número de idosos submetidos a rastreamento para HAS, periodicamente (pelo menos anualmente). Monitorar número idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM, periodicamente (pelo menos anualmente).

O odontólogo capacitara toda a equipe na avaliação da necessidade de tratamento odontológico de idosos e ordenara a agenda para o acompanhamento na consulta.

Organização e gestão do serviço.

Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropômetro, Tabela de Snellen...), Garantir busca a idosos que não realizaram exame clínico apropriado tendo como responsável os ACS, a equipe de enfermagem organizara a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares, garantir a solicitação dos exames complementares a todos os idosos solicitar ao gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo, garantir por os ACS o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa e organizar junto a enfermeira a agenda para realizar visitas domiciliares dos mesmos, a media e a enfermeira capacitaram as ACS na medida da PA, garantir (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde, Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde que será realizado pela enfermeira e as técnicas de enfermagem

sempre com o usuário em jejum, Organizar agenda de saúde bucal pela auxiliar de odontologia e odontologo priorizando o para atendimento dos idosos.

Oferecer atendimento prioritário aos idosos.

Engajamento público.

Orientar a comunidade sobre a importância das ações a serem desenvolvidas durante a intervenção, quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, a necessidade de realização de exames complementares e periodicidade, ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso, sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar, sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade. Esclarecer a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais e fazer acompanhamento em consultas. Para efetuar estas ações realizaremos palestras quinzenais na comunidade, ademais o odontologo capacitará a toda a equipe para que as mesmas possam detectar os usuários com necessidade de atendimento odontológico. Posteriormente, a dentista atenderá os usuários encaminhados pelas mesmas profissionais.

Qualificação da prática clínica.

Capacitar os profissionais para o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pela UBS, Treinar a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida dos ACS na verificação da PA, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. Treinaremos a equipe para prestar um cuidado adequado aos nossos usuários, desde a sua recepção no serviço, passando pela capacitação da importância do registro adequado, orientação por protocolos, cadastramento, discussão das principais doenças e pontos para abordagem nas consultas e visitas domiciliares. Estas ações serão realizadas semanalmente com a equipe, onde realizamos atualizações e capacitações para garantir o seguimento adequado.

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

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

Ações:

Monitoramento e avaliação

A enfermeira e as técnicas de enfermagem monitoraram diariamente os idosos que faltaram a consulta utilizaram os registros de agendamento da UBS, os prontuários, ficha B do SIAB será informado nas reuniões semanais para fazer busca ativa pelos depois ACS.

Organização e gestão do serviço.

Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos com periodicidade de três vezes por semana pelos ACS será organizado pela enfermeira e informado na reunião semanal a remarcação da nova data da consulta.

Engajamento público.

Realizaremos palestras mensais na comunidade para informar sobre a importância de realização das consultas e esclareceremos os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas a medica será responsável.

Qualificação da prática clínica.

Os ACS serão treinados pela médica quanto a realização das consultas e sua periodicidade e será definido com a equipe a periodicidade das consultas nas reuniões semanais.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Metas:

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

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

Ações:

Monitoramento e avaliação

Monitorar a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde e entregue das cadernetas de Saúde da Pessoa Idosa, utilizar as reuniões semanais da equipe para monitorar os registros efetuados por todos os membros da equipe a responsável a Médica

Organização e gestão do serviço.

A equipe de enfermagem na hora do acolhimento confere as informações do planilha de coleta de dados e a ficha espelho assim como a entregue das cadernetas que serão solicitadas ao gestor municipal pela enfermeira responsável pelo monitoramento dos registros.

Engajamento público.

Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. Orientar os idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção, utilizaremos as palestras informativas nos grupos por bairros quinzenal, visitas domiciliares das ACS diários que serão responsável.

Qualificação da prática clínica.

Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos e o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas. Capacitar a equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa em reuniões semanais e responsável a médica e enfermeira.

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

Metas:

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

Ações:

Monitoramento e avaliação

Monitorar o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência, monitorar o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice, monitorar a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS, monitorar todos os idosos com rede social deficiente será diários nas visitas domiciliares responsável ACS

Organização e Gestão do Serviço

Priorizar o atendimento os idosos de maior risco de morbimortalidade, priorizar os atendimentos idosos fragilizados na velhice, facilitar o agendamento e a visita domiciliar os idosos com rede social deficiente será semanal responsável médica e enfermeira.

Engajamento público.

Orientar os idosos e seus familiares e cuidadores sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco. Orientar os idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente, Orientar os idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde. Estimular na comunidade a promoção da socialização da pessoa idosa (trabalhos em igrejas, escolas, grupos de apoio...) e do estabelecimento de redes sociais de apoio. Realizaremos palestras e conversas na comunidade com periodicidade quinzenal para orientar os idosos acerca de seus riscos. Buscaremos estabelecer parcerias com as instituições da área, com vistas a socialização dos idosos responsável a equipe toda

Qualificação da prática clínica.

Capacitar os profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa, para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice, para avaliar a rede social, serão oferecidos pela médica em reuniões semanais nas 2 quatro primeiras semanas da intervenção.

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos

Metas:

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

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

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

Ações:

Monitoramento e avaliação

Monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos, monitorar o número de idosos com obesidade / desnutrição, monitorarem a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos, monitorar o número de idosos que realizam atividade física regular, será capacitada a equipe nas primeiras duas semanas a intervenção oferecer informações relacionados com esse aspectos e responsável a médica e a enfermeira e será monitorado diariamente.

Organização e Gestão do Serviço:

Definir o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, para a prática de atividade física regular. Organizar tempo médio de consultas e visitas domiciliares com a finalidade de garantir orientações em nível individual. Capacitar toda equipe sobre alimentação saudável e prática de atividade física regular a responsável será a médica já que a equipe não tem nutricionista

Engajamento público.

Orientar os idosos seus familiares, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis, da realização de atividade física regular, e a importância da higiene bucal e de próteses dentárias, será realizado com frequência diária pelos ACS.

Qualificação da prática clínica.

Capacitar a equipe para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável" ou o "Guia alimentar para a população brasileira", capacitar a equipe para a orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos, capacitar a equipe para orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular, Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias. Realizaremos

capacitação com a equipe semanal tratando dos temas de hábitos alimentares saudáveis, realização de atividade física regular, higiene bucal e de próteses dentárias a responsável médica e odontólogo.

2.3.2 Indicadores

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

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

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa.

Denominador: Número de idosos estimados segundo a planilha de coleta de dados pertencentes a área de abrangência da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular.

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa, pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

Indicador 2.8: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.

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

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com orientação sobre higiene bucal.

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

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção da Atenção à saúde do idoso vamos adotar o protocolo de atenção básica do Ministério da Saúde, 2013. Utilizaremos como fonte de dados a ficha espelho disponibilizado pelo curso, a caderneta da pessoa idosa e o prontuário, já que esses registros contam com os dados necessários para avaliar e monitorar os indicadores da intervenção. Caso necessário pode fazer uma ficha complementar para coletar outros dados que seja preciso. Estimamos realizar durante os quatro meses o cadastro de 90% dos usuários idosos e distribuiremos a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

A enfermeira anotará em um livro de registro todos os idosos que vierem na unidade para a realização de consultas ou para renovar o tratamento. Na oportunidade serão anotados todos os dados solicitados nos registros, depois monitoraremos semanalmente como vai à intervenção, o número de exames realizados, os resultados dos exames, quantos são normais ou alterados, quantos idosos compareceram para pegar seus resultados, quantos estão em acompanhamento pela unidade e quantos tem sido encaminhado para alguma especialidade como Geriatria, cardiologia, oftalmologia, nefrologia, angiologia.

Para as ações de cadastrar todos os idosos da área de cobertura do serviço, e avaliar e monitorar a cobertura de pessoas acima dos 60 anos de idade mensalmente, precisamos da ajuda dos agentes comunitários de saúde, os quais já estão realizando visita domiciliar casa por casa, para retificar o cadastro dos usuários dessa faixa etária e retirar do cadastro os falecidos. Além do trabalho dos ACS, o cadastro seguirá sendo feito na unidade com aqueles que vão

espontaneamente ao serviço. Para estas ações será preciso folhas de cadastro, canetas.

Para realização da avaliação clínica e multidimensional rápida, pelo menos anual, em todos idosos acompanhados na unidade de saúde, seja por demanda agendada ou espontânea é preciso que haja disponível no consultório mesa e escada de dois degraus, da enfermeira para o acompanhamento, e de todo o material necessário para a realização do mesmo, o que inclui esfigmomanômetro, estetoscópio, aparelha de teste de glicose, luvas, álcool, algodão, fita métrica e lençóis para a mesa de reconhecimento do exame.

Também será realizada a indicação do exame do teste de glicose capilar e será aferida a pressão arterial de todos os idosos portadores de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial. Para esta ação precisamos da enfermeira e da médica para a realização do exame clínico e realização do teste de glicose capilar, bem como de par de luvas, prontuário e caneta.

Em relação ao engajamento público iremos compartilhar com os usuários e a comunidade os indicadores de monitoramento do programa dos Idosos; informaremos a comunidade sobre a importância de realização dos exames para detecção precoce da Diabetes; orientaremos os usuários e a comunidade sobre os fatores de risco na terceira idade; incentivaremos a prática de atividade física regular e adoção de hábitos alimentares saudáveis. Além disso, iremos fornecer à comunidade a importância do comparecimento as consultas e ações promovidas pelo serviço e compartilharemos os indicadores de qualidade do programa.

Preciso de toda a equipe para realizar atividades de promoção e prevenção na comunidade, como a importância da realização do controle periódico, combate aos fatores de risco, prevenção de quedas, diminuição da visão e audição, periodicidade da consulta e acompanhamento regular. Para tudo isso é preciso à participação da comunidade na realização destas atividades, para lançar mão de estratégias que ajudem os usuários que se negam a fazer os exames e o check-up. Para tais ações é preciso um espaço na comunidade, os quais irão viabilizar junto às instituições do território.

No que concerne a qualificação dos profissionais toda a equipe será capacitada em relação: acolhimento dos usuários de 60 anos ou mais, assim como a importância e periodicidade das consultas; cadastramento; preenchimento da

caderneta de saúde da pessoa idosa; importância da qualidade do atendimento; capacitar os ACS para que orientem a periodicidade adequada dos exames durante a busca ativa dos faltosos; registro adequado das informações; avaliação de risco; orientar a prevenção das quedas e combater os fatores de risco.

Para poder realizar estas ações é preciso preparar um documento com tudo o que for relacionado ao programa de saúde do idoso, incluindo a definição de responsabilidades de cada membro da equipe como, por exemplo, a enfermeira será responsável pelo monitoramento das ações educativas, e junto com a técnica de enfermagem irão definir um espaço no arquivo para acomodar os prontuários das pessoas idosas. Os ACS serão de fundamental importância para buscar os usuários faltosos as consultas e organizar a agenda para acolher a demanda de usuários que não tem consultam agendados. Eu e a enfermeira seremos as responsáveis pelo monitoramento dos registros, e precisaremos do computador, impressora, das planilhas/ficha/registro específico de acompanhamento e entregue de cadernetas.

No que diz respeito à organização da agenda iremos organizá-la de forma a contemplar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção, mas também a outros idosos que estejam necessitando de acompanhamento e avaliação. Quanto ao diálogo com o gestor municipal buscaremos garantir a distribuição das cadernetas da pessoa idosa e também de outros materiais que estejamos necessitando.

3.Relatório da Intervenção

“Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas, na Unidade de Saúde Sr Francisco Assis de Souza, ESF Bairro Nova, no município de Santo Ângelo/RS.



UBS Francisco Assis de Souza Bairro Nova, Santo Ângelo, RS

No entanto, foi necessário reduzir o período para 12 semanas. Esta redução foi proposta a fim de ajustar as defesas dos trabalhos de conclusão do curso ao calendário estabelecido pela Universidade Federal de Pelotas/RS devido ao período de férias a realização dessa intervenção foi planejada ações nos eixos de Monitoramento e Avaliação, Organização e Gestão do Serviço, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica.



Fotografia da Equipe e grupo de idosos na UBS.

3.1 As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.

As ações previstas no projeto foram desenvolvidas graças ao trabalho em equipe e foi fruto de um planejamento adequado e organizado ao longo de toda a intervenção. No começo das nossas atividades adotamos como primeira estratégia, cadastrar os idosos que procuravam a unidade e pelos registros dos ACS e visitas domiciliares efetuadas para iniciar o desenvolvimento do protocolo de acompanhamento adotado para a intervenção. Com isso algumas ações foram cumpridas integralmente outras parcialmente devido a questões que fugiam um pouco da nossa governabilidade.



Fotografia visita domiciliar com ACS.

Uma das dificuldades encontradas, e que perdurou durante toda a intervenção, foi o fato de termos nossa equipe incompleta, ou seja, a mesma estava sem três ACS. Isso prejudicou o nosso trabalho porque as ações no território foram limitadas.

Realizamos também algumas reuniões com os gestores de saúde para debatermos o projeto de intervenção e formularmos estratégias para melhorar nosso escopo de ações. Algumas dessas estratégias foram marcar data previa das visitas domiciliares e realização dos grupos para fornecer transporte, fornecer cadernetas de pessoa Idosa.



Fotografia consulta e entrega e caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

O empenho da equipe de saúde foi um fator muito importante no alcance dos nossos objetivos. Foram realizadas buscas na comunidade, em toda área de abrangência,

dos idosos inclusive daqueles que estavam realizando atendimentos pela rede privada, para que fossem incentivados a realizarem o acompanhamento pela equipe de saúde da UBS.

Dentre as atividades desempenhadas para todos os idosos cadastrados podemos destacar as orientações da nutrição para a manutenção da saúde e para o controle das doenças como a Hipertensão e o Diabetes; a importância da higiene bucal e do tratamento das doenças bucais; a necessidade de seguir o tratamento orientado e de realizar os exames indicados; entre outras atividades. Estas tinham o objetivo de controlar o aparecimento de doenças, e todas estas orientações foram de grande importância para evitar as complicações nessa faixa etária. Em todos os encontros com os usuários nas atividades de grupos eram incentivados à prática de atividades físicas e a adoção de um estilo de vida mais saudável.



Palestra com grupo de Idosos.

Ao longo da intervenção, as visitas domiciliares eram feitas para avaliar o modo e o estilo de vida de cada um dos nossos idosos, assim como as suas necessidades. Nesse sentido, a nossa comunidade teve um papel muito importante em nosso projeto, pois temos presidentes de bairros que ajudaram com a realização dos grupos e divulgação das atividades, as ações nos grupos foram realizadas no local de reunião dos bairros, igreja católica, sala de espera do posto de saúde as ações educativas desenvolvidas foram palestras, conversas utilizando médios como computadores projetor, cartazes.

O projeto modificou as consultas clínicas em que a equipe interiorizou a importância do programa de idosos o acolhimento incluía mensurações para avaliação nutricional, avaliação de saúde bucal que não tinha antes.

3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, descrevendo o motivo pelos quais estas ações não puderam ser realizadas.

De todas as ações planejadas a única que foi parcialmente prejudicada foram às consultas odontológicas já que durante quatro semanas esteve estragado o compressor.

Todavia, conseguimos realizar a avaliação da necessidade de atendimento odontológico para 100% dos usuários. Fato que revela a preocupação da equipe no cuidado as questões de saúde bucal. Realizamos esta ação principalmente nas atividades de consultório e nas visitas domiciliares.



Fotografia de consulta com Odontólogo.

3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores.

O fechamento incompleto das planilhas de dados já que alguns usuários não traziam o cartão do SUS no dia da consulta durante a intervenção, não houve outro momento para obter esses dados, outra dificuldade foi que faltaram cadernetas de idosos que não foram fornecidas pela Secretaria de Saúde e acreditamos como instrumento de ajuda.

3.4 Análises da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço e da viabilidade da continuidade da ação programática como rotina, mesmo com a finalização do curso. Descreva aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra.

Todas as ações desenvolvidas durante o processo de intervenção foram integradas às atividades cotidianas da equipe e deverão ser mantidas, para que

continuemos a realizar o controle da saúde destes usuários. Elas seguem sendo realizadas com a mesma qualidade e responsabilidade tanto consultas como visitas domiciliares, pois acreditamos que quanto melhor realizarmos nosso trabalho, melhores será os indicadores de saúde e a qualidade de vida da população idosa. Considero muito importante reconhecer o trabalho da equipe em geral e principalmente das ACS, que foram fundamentais na obtenção dos resultados.

A população já tem conhecimento dessa nova estratégia de intervenção e encontra-se comprometida com este trabalho, porém de agora em diante o trabalho será mais organizado. Na nossa equipe na ESF estamos mantendo formado o grupo de idosos, onde aproveitamos o espaço para aprofundar os conhecimentos deles sobre diversos temas e conseguimos agregar outros usuários que já apresentam fatores de risco para esta fase da vida.

Para que a intervenção siga firme programou-se um dia fixo para consultas dos idosos nas segundas feiras no horário da manhã, realização dos grupos nos bairros todas as quartas feiras de manhã, solicitar a caderneta de pessoa idosa em cada consulta para fazer anotações e manter controle.

4 Resultados

A ESF Bairro Nova em Santo Ângelo/RS atende a uma população de 3975 e são estimados 395 usuários com 60 anos ou mais pela planilha de coleta de dados. As ações da intervenção foram planejadas com base nos “Cadernos da Atenção Básica – Estratégias para o Cuidado da Pessoa Idosa” (caderno 19) publicado pelo Ministério da Saúde em 2013. Apresentamos a seguir os resultados obtidos, de acordo com os objetivos e metas previamente estabelecidas.

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

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

Na área adstrita à ESF são estimados 395 idosos, sendo que 372 foram cadastrados e acompanhados durante o período de intervenção que durou três meses. No primeiro mês foram cadastrados 76 usuários, o que representa 19,2%, no segundo mês tinham 186, que representa 47,1% e no terceiro mês alcançamos 372 que representa 94%, ou seja, ao final da intervenção superamos a meta de 90%. Para atingir essa meta foi preciso priorizar o atendimento aos idosos e organizar a agenda mensal. (Figura 1)

As ações que mais contribuíram para a captação de usuários para o programa foram a revisão dos prontuários e a busca ativa realizada pela equipe de saúde, principalmente a grande dedicação dos Agentes Comunitárias de Saúde, pois elas além de realizarem as visitas domiciliares de rotina em suas respectivas micro-áreas, estenderam essas ações para aquelas áreas que não tinham ACS,

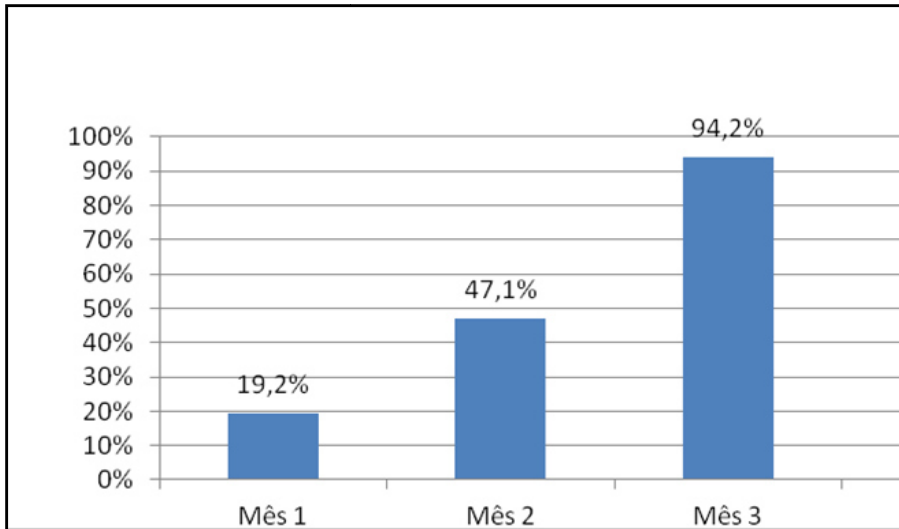


Figura 1: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso. UBS Sr Francisco Assis de Souza, Bairro Nova, Santo Ângelo, RS, 2015.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção ao idoso.

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

No primeiro mês 62 Idosos tiveram avaliação multidimensional rápida em dia o que representa 81,6%, segundo mês foram 118 (63,4%) e no terceiro mês 356 (95,7%) (Figura 2). Não conseguimos atingir a meta para todos os idosos cadastrados, porque tivemos alguns usuários que foram avaliados em suas casas, não foi possível fazer valoração nutricional por falta de uma balança, à mesma foi feita pelo Índice de massa corporal.

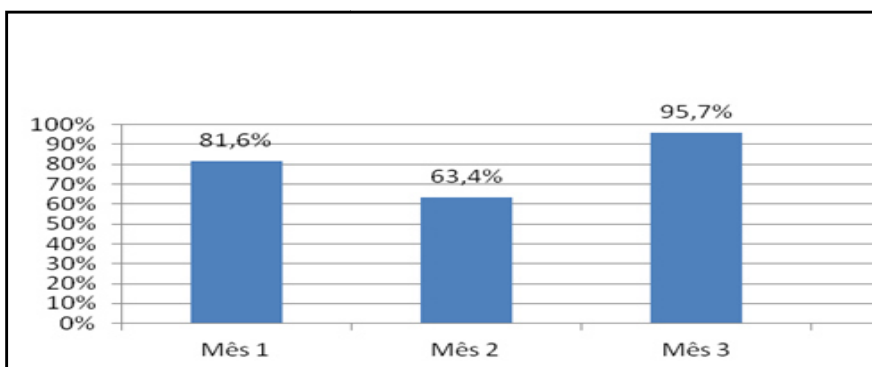


Figura 2: Proporção de Idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia. UBS Sr Francisco Assis de Souza, Bairro Nova, Santo Ângelo, RS, 2015.

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

Em relação a realização do exame clínico apropriado em 100% dos idosos da unidade de saúde, de acordo com o protocolo adotado no primeiro mês foi realizado em 62 idosos (81,6%), no segundo mês foi em 119 (64,0%) e no terceiro mês foi em 359 (96,5%). (Figura 3). Não conseguimos realizar o exame clínico em todos os usuários da intervenção, porque alguns usuários estão acamados em seus domicílios e devido a sequelas não puderam responder as questões e não estavam acompanhados de familiares que pudessem auxiliar no levantamento dessas questões.

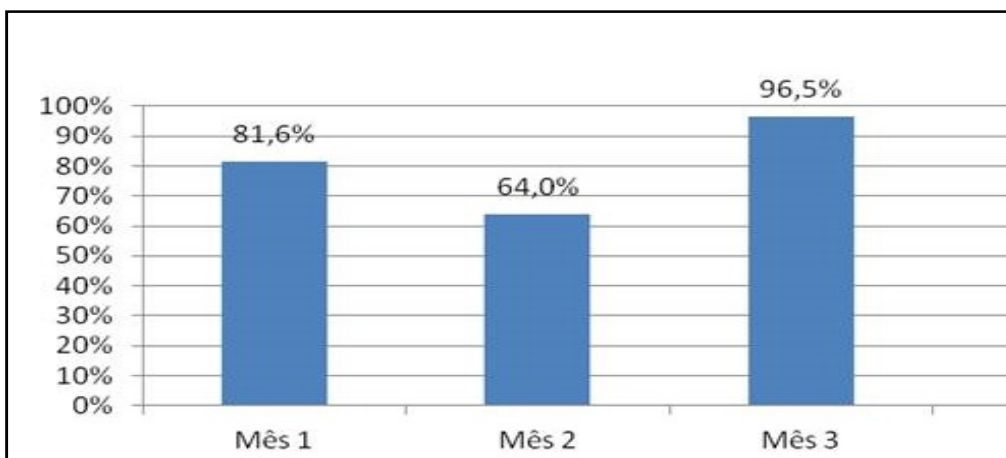


Figura 3: Proporção de Idosos com exame clínico apropriado em dia. UBS Sr Francisco Assis de Souza, Bairro Nova, Santo Ângelo, RS, 2015.

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

Em relação à solicitação de exames complementares dos hipertensos e/ou diabéticos, de acordo com o protocolo, no primeiro mês dos 46 idosos cadastrados com hipertensão e/ou diabetes, 45 (97,8%) tiveram solicitação de exames periódicos, no segundo mês fora 84 (88,4%) de 95 e no terceiro mês 231 (98,3%) dos 235 cadastrados. (Figura 4)

Não foi possível atingir a meta em parte porque a Secretaria Municipal de Saúde não conseguiu disponibilizar todos os exames essenciais (eletrocardiograma; dosagem de glicemia, colesterol total e suas frações, creatinina, potássio e realização da análise do sedimento urinário) por questões financeiras. Outra dificuldade foi com os usuários que não conseguiram realizar os exames por não contarem com o apoio de familiares ou responsáveis.

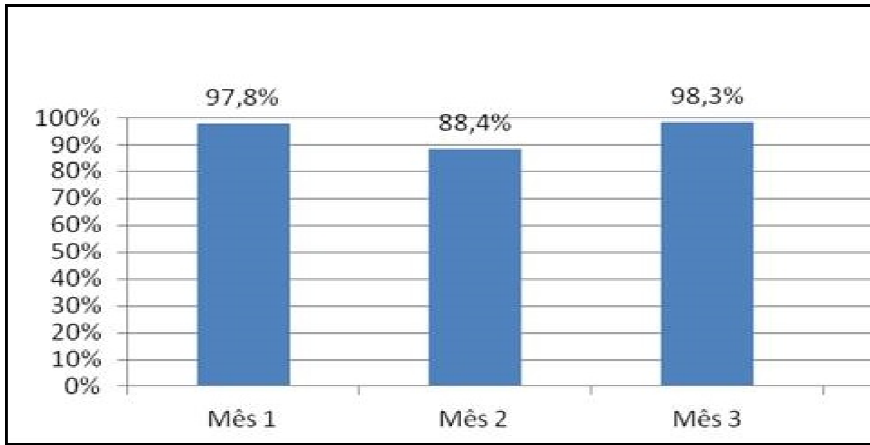


Figura 4: Proporção de Idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia. UBS Sr Francisco Assis de Souza, Bairro Nova, Santo Ângelo, RS, 2015.

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

No primeiro mês conseguimos prescrever os medicamentos da farmácia popular a 26 usuários (34,2%), já no segundo mês alcançamos 59 (31,7%) e no terceiro mês a 162 (43,5%). (Figura 5) Não foi possível alcançar a meta estipulada, pois alguns usuários procuram os medicamentos oferecidos pelo SUS nos postos de Saúde, na Secretária de Saúde, mas outros realizam atendimento em consultórios privados e de lá são encaminhados para outras farmácias.

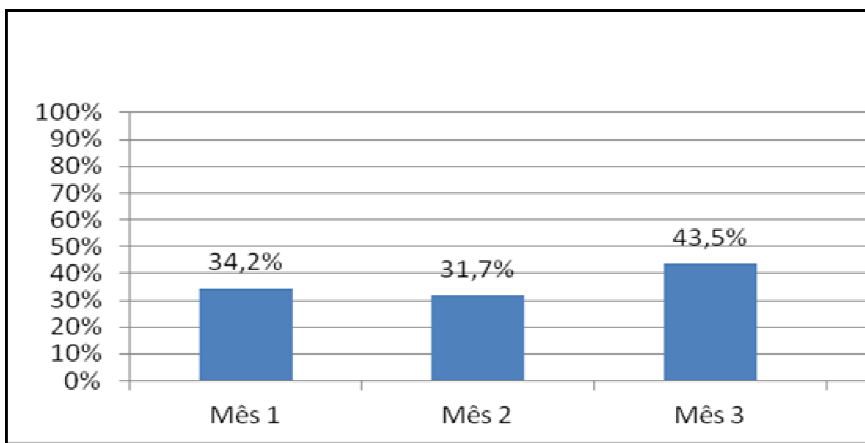


Figura 5: Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada. UBS Sr Francisco Assis de Souza, Bairro Nova, Santo Ângelo, RS, 2015.

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

A proporção de idosos acamados ou com dificuldade de locomoção cadastrados no programa foi de 100%, no primeiro mês 13(100%), no segundo mês 28(89,3%) e no terceiro mês (30)100%. (Figura 6) O resultado atingido foi possível pela boa

organização da agenda de visitas domiciliares pelas ACS e ajuda da equipe na realização das mesmas fortalecendo o vínculo com as famílias de esses usuários.

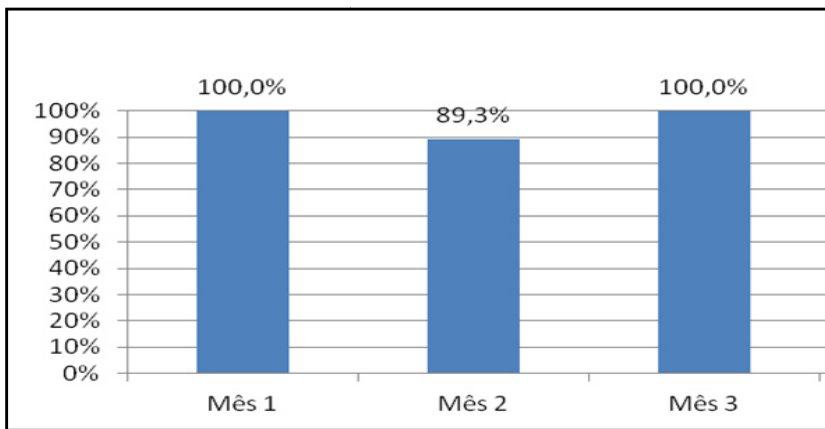


Figura 6: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.UBS Sr Francisco Assis de Souza, Bairro Nova, Santo Ângelo, RS, 2015.

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

No primeiro mês de intervenção dos 13 idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados, sete (53,8%) receberam visitas domiciliares, no segundo mês dos 25 cadastrados 14 (56%) foram visitados e no terceiro mês todos os 30 receberam visitas domiciliares (100 %). (Figura 7)

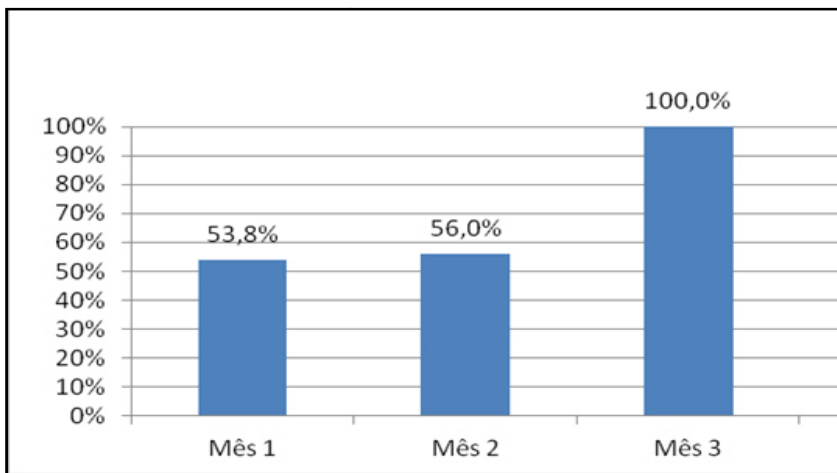


Figura 7: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados que receberam visita domiciliar.UBS Sr Francisco Assis de Souza, Bairro Nova, Santo Ângelo, RS, 2015.

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

Nos três meses de intervenção foram alcançados 100% dos idosos com verificação de pressão arterial na última consulta, sendo que no primeiro mês foram rastreados 60 dos 76 (78,9%), no segundo mês 134 dos 186 (72%) e no terceiro

mês todos os 372 (100%). (Figura 8) Este resultado só foi possível porque toda a equipe foi capacitada para medir a PA incluindo ACS.

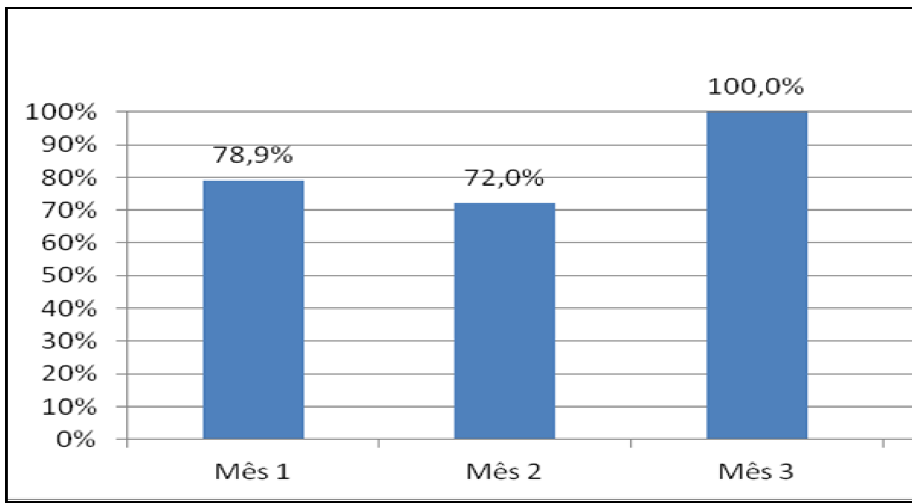


Figura 8: Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta.UBS Sr Francisco Assis de Souza, Bairro Nova, Santo Ângelo, RS, 2015.

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

No primeiro mês o número de idosos hipertensos avaliados foi de 39(95,1%) dos 41 cadastrados, no segundo mês atingimos 71 (95,9%0 dos 74 e no ultimo mês 234 (97,9%) dos 239 cadastrados. (Figura 9). Referentesa estes usuários com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg rastreados para Diabetes Mellitus (DM), não atingimos a meta porque alguns usuários quando foram para fazer o exame haviam tomado café da manha e pode alterar o resultado.

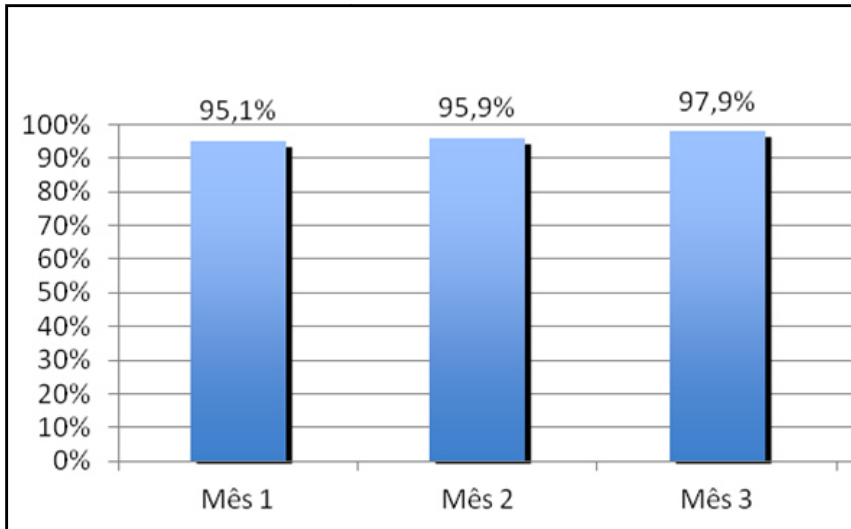


Figura 9: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes. UBS Sr Francisco Assis de Souza, Bairro Nova, Santo Ângelo, RS, 2015.

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

A avaliação da necessidade de atendimento era realizada pelo dentista e pelos outros profissionais nas consultas e nas visitas domiciliares. Em relação a este indicador a necessidade de atendimento odontológico foi avaliada em no primeiro mês(55,3%) 42, no segundo mês (41,9%)78e no terceiro mês em (98,9%) 368. (Figura 10) Os resultados obtidos devem se ao treinamento oferecido pelo dentista para todos os membros da equipeenfermeira, técnica de enfermagem, auxiliar de odontologia, ACS médicas.

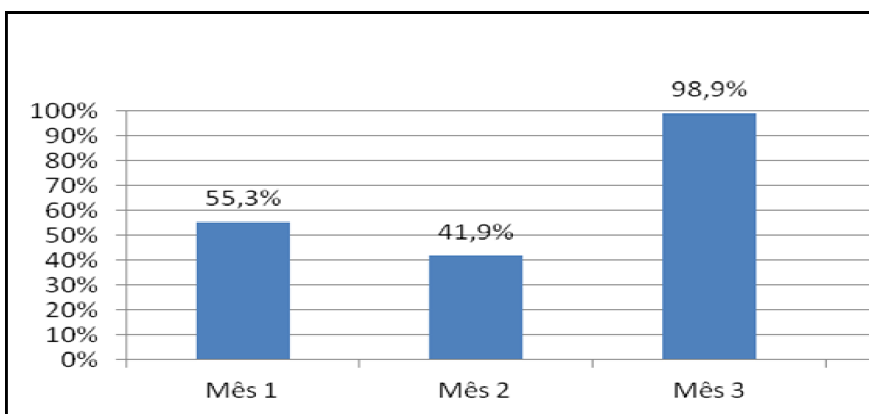


Figura 10. Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológicoUBS Sr Francisco Assis de Souza, Bairro Nova, Santo Ângelo, RS, 2015.

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

A proporção de idosos que tiveram consulta odontológica programática aumentou gradativamente, principalmente após estabelecermos da consulta odontológica logo após a consulta com a médica. No primeiro mês 37 (48,7%) dos 76 usuários tiveram a primeira consulta odontológica programada, no segundo mês 70 (37,6%) dos 186 e no terceiro mês 246 (66,1%) dos 372. (Figura 11) Não conseguimos atingir a meta, pois tivemos quatro semanas em que o compressor estava quebrado e foi para manutenção, portanto a unidade ficou sem atendimento odontológico até o último mês que foi arrumado. Os usuários foram encaminhados para realizar atendimento em odontológico, porém eles não foram.

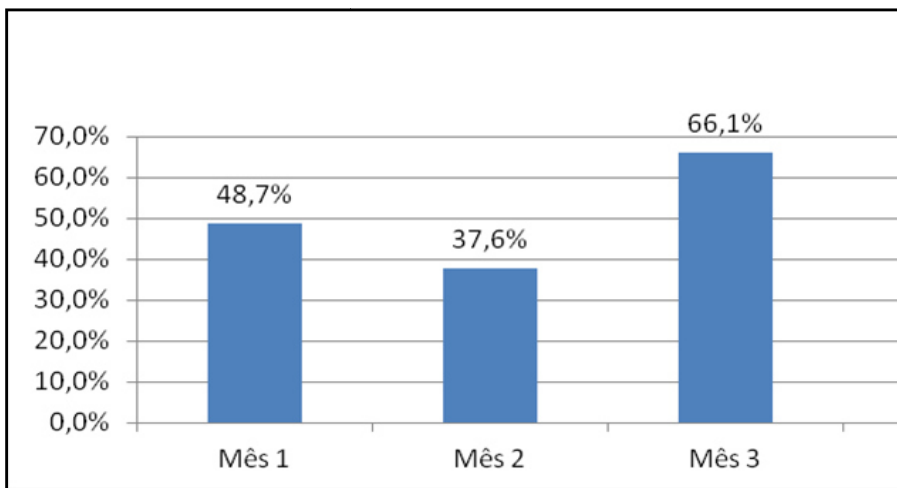


Figura 11: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática. UBS Sr Francisco Assis de Souza, Bairro Nova, Santo Ângelo, RS, 2015.

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

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

Quanto à adesão, o número de idosos que faltou a consulta e teve busca a meta não foi atingida ao final da intervenção no primeiro mês 100%(3) já no segundo (90%)18 receberam busca ativa, e no terceiro mês (96,3%)16. (Figura 12) Este resultado só foi possível graças ao trabalho incansável do agente comunitário de saúde que assim que era identificado um usuário faltoso realizava uma visita domiciliar a fim de remarcar a consulta o mais breve possível. Nossa dificuldade ficou em uma micro-área que está sem ACS.

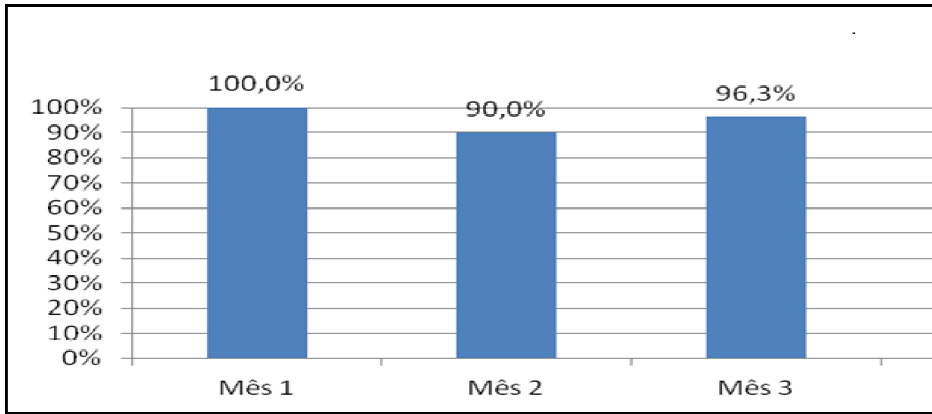


Figura 12: Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa. UBS Sr Francisco Assis de Souza, Bairro Nova, Santo Ângelo, RS, 2015.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Metas:4.1. Realizar registro adequado na ficha espelho em dia de 100% dos idosos.

No primeiro mês o número de idosos com registro da ficha em dia foi de 66 (86,8%) dos 76 idosos, no segundo mês foi de 114 (66,1%) dos 186 e no terceiro mês 366 (98,4%) dos 372 idosos cadastrados. (Figura 13) Não se conseguiu atingir a meta devida fechamento incompleto das planilhas de dados já que alguns usuários não traziam cartão do SUS, nem a identidade documentos exigidos na nas mesmas.



Figura 13: Proporção de idosos com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia.UBS Sr Francisco Assis de Souza, Bairro Nova, Santo Ângelo, RS, 2015.

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

Em relação à distribuição de Cadernetas de Saúde da Pessoa Idosa no conseguimos fornecer no primeiro mês a 72 (94,7%) dos 76 idosos no primeiro mês, no segundo mês a 126 (67,7%) dos 186 idosos e no terceiro mês a 341 (91,7%) dos 372 idosos. (Figura 14) Não foi possível disponibilizar a caderneta a todos por não terem sido fornecidos pela secretaria de saúde o número suficiente.

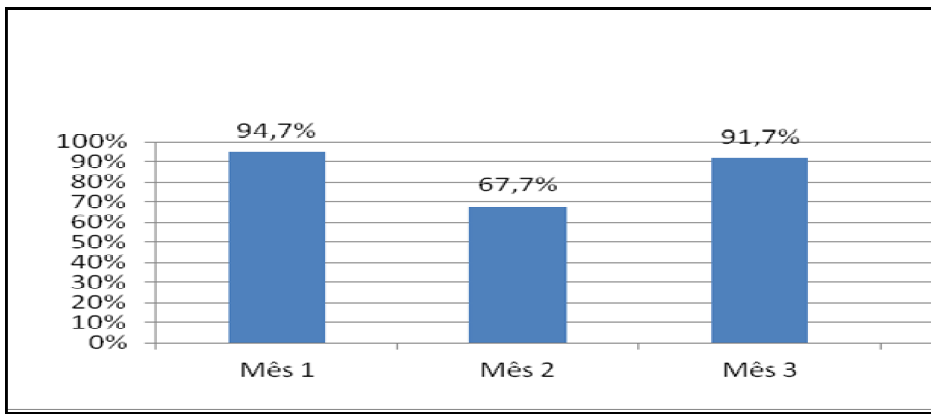


Figura 14: Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. UBS Sr Francisco Assis de Souza, Bairro Nova, Santo Ângelo, RS, 2015.

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

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

Mesmo não conseguindo realizar rastreamento para 100% dos cadastrados por falta de realização dos exames, avaliamos que nosso resultado foi positivo. Este resultado foi obtido através do acompanhamento contínuo dos idosos, com a realização das visitas domiciliares e com a persistência da equipe para a realização dos exames; sendo que no primeiro mês foram 62 (81,6%) dos 76, no segundo mês 118 (62,4%) dos 186 e no terceiro mês 348 (93,5%) dos 372 cadastrados. (Figura 15)

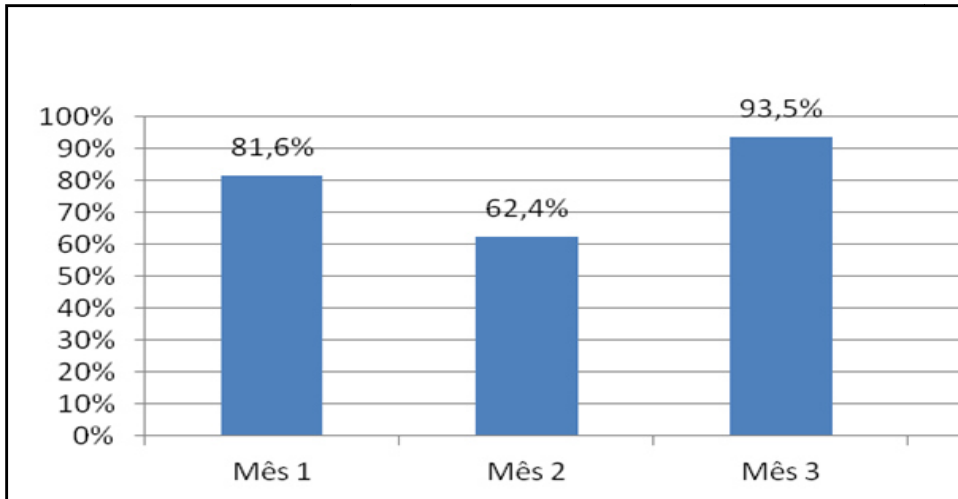


Figura 15: Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia. UBS Sr Francisco Assis de Souza, Bairro Nova, Santo Ângelo, RS, 2015.

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

Em relação à fragilidade na velhice foram avaliados no primeiro mês 44 (57,9%) dos 76 idosos, no segundo mês 93 (50%); 186 e no terceiro mês 372 (100%), referentes à fragilidade ter esta meta plenamente alcançada se relaciona diretamente com a capacitação dos profissionais o papel do Agente Comunitário de Saúde para identificação e reconhecimento dos possíveis sinais registro dos indicadores de fragilização na velhice e com a priorização de atendimento e visitas domiciliares para idosos fragilizados na velhice.

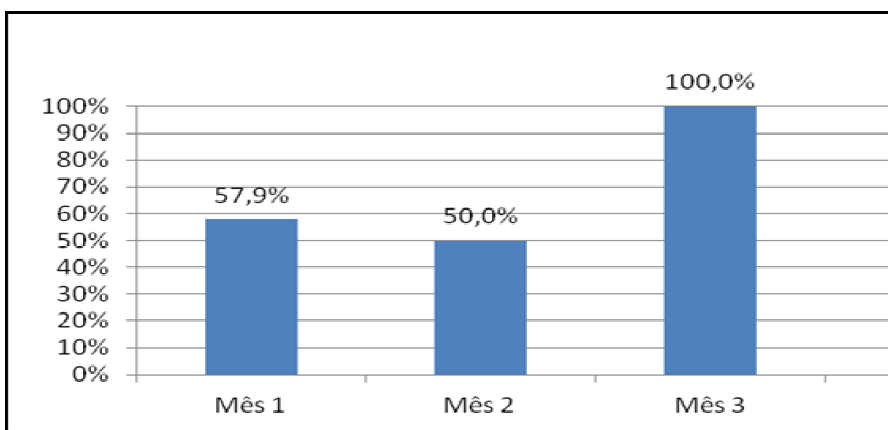


Figura 16: Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia. UBS Sr Francisco Assis de Souza, Bairro Nova, Santo Ângelo, RS, 2015.

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

A avaliação da rede social em idosos não foi possível em todos os idosos cadastrados, mas teve um aumento progressivo ao longo dos meses. No primeiro mês foram avaliados 13 (17,1%) dos 76, no segundo mês 103 (55,4%) dos 186 e no terceiro 372 (100%). O atendimento às necessidades específicas dos idosos, os sistemas de suporte social são essenciais para o desenvolvimento dos mesmos, a meta não foi plenamente atingida nos dois primeiros meses, tenha sido mais porque a estratégia utilizada na capacitação para avaliar por parte da equipe no início da intervenção foi insuficiente, realizamos várias capacitações nas reuniões semanais da equipe logrando a meta proposta (Figura 17).

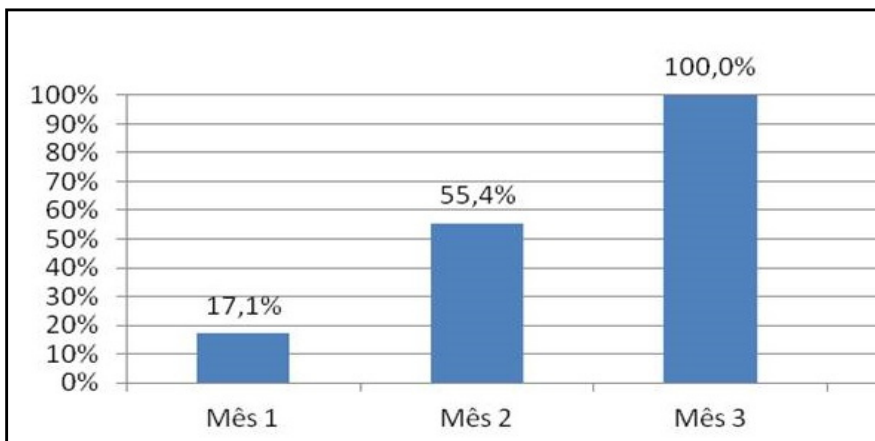


Figura 17: Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia.UBS Sr Francisco Assis de Souza, Bairro Nova, Santo Ângelo, RS, 2015.

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos

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

As orientações nutricionais foram oferecidas em diversos momentos como nas consultas individuais, nas palestras, nas visitas domiciliares ou pelos profissionais nas unidades. No primeiro mês todas as 76 (100%) receberam estas orientações, no segundo mês 114 (75,8%) das 186 receberam e no terceiro mês as 372 (100%). (Figura 18)

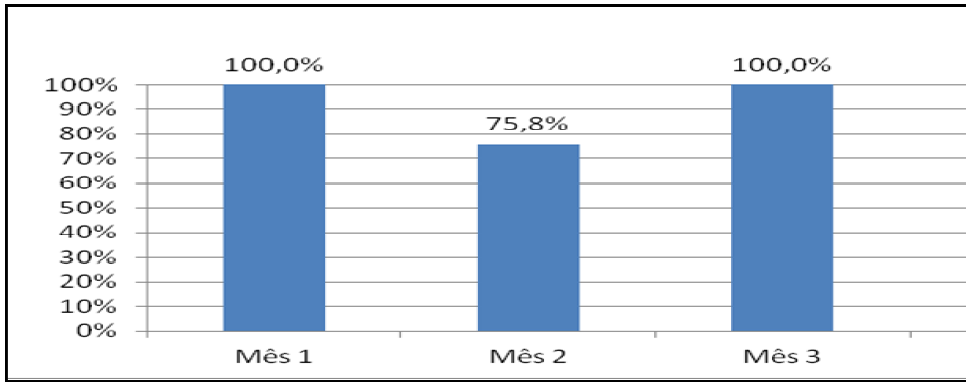


Figura 18: Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis. UBS Sr Francisco Assis de Souza, Bairro Nova, Santo Ângelo, RS, 2015.

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

As orientações para a prática regular de atividades físicas no primeiro mês foram dadas a 76 (100%) dos usuários idosos no primeiro mês, a 139 (74,7%) no segundo mês e a 372 (100%) no terceiro mês. Estas orientações foram realizadas nas consultas individuais, nas palestras, nas visitas domiciliares e nos grupos nos bairros. (Figura 19).

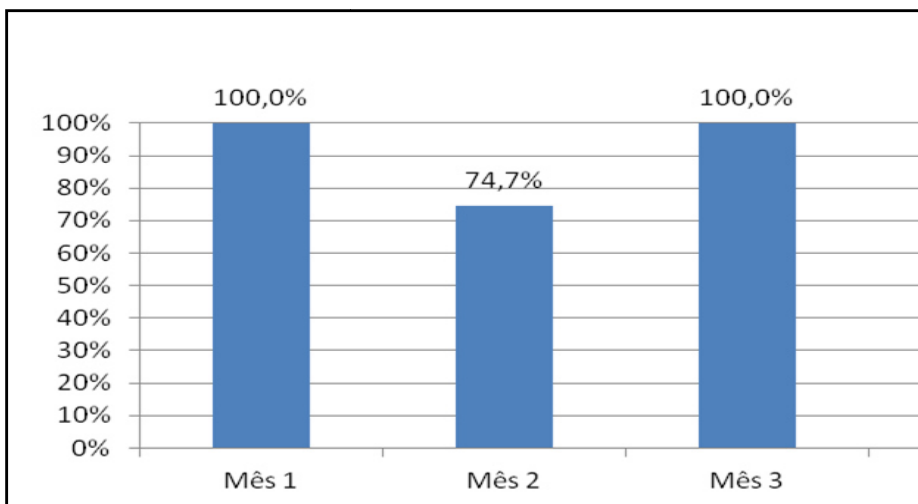


Figura 19: Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física. UBS Sr Francisco Assis de Souza, Bairro Nova, Santo Ângelo, RS, 2015.

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

As orientações ocorriam principalmente durante o atendimento individual e nas visitas domiciliares pelo dentista e pela médica, mas também foram realizadas

atividades educativas nos grupos orientando a população como manter uma adequada higiene bucal, escovar os dentes corretamente e sobre a importância de dar continuidade com o tratamento odontológico. No primeiro mês estas orientações foram dadas à 67 (88,2%) dos 76 cadastrados, no segundo mês atingimos 128 (68,8%) dos 186 cadastrados e no terceiro mês a 372 (100%). (Figura 20)

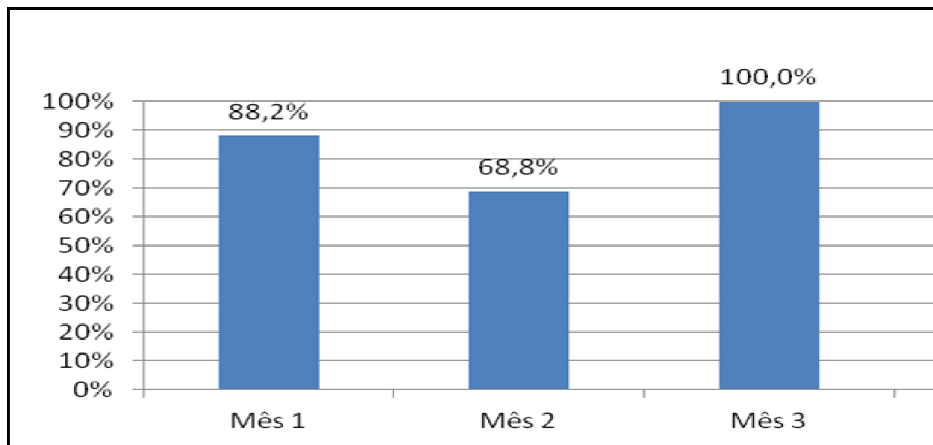


Figura 20: Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal.UBS Sr Francisco Assis de Souza, Bairro Nova, Santo Ângelo, RS, 2015.

4.1 Discussão

A intervenção na unidade ESF Bairro Nova acerca da atenção da saúde dos idosos, visando também à saúde bucal destas propiciou a ampliação da cobertura da atenção a essa população tão importante em saúde pública. Houve melhoria dos registros e qualificação da atenção com destaque para a ampliação da atenção odontológica, além do controle de usuários hipertensos e Diabéticos de risco para ambos os grupos. Programamos pela primeira vez na UBS o grupo de Idosos, no qual discutimos assuntos relevantes e oportunos para os usuários.

A importância da intervenção para a equipe foi especialmente grande, pois exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao manual utilizado. Esta atividade motivou o trabalho integrado da médica, da enfermeira, da técnica de enfermagem, das estagiária de enfermagem, das agentes comunitários de saúde, da equipe de saúde bucal.

A médica fez os registros e cadastramento dos usuários e capacitou a equipe. A enfermeira e técnica de enfermagem organizaram o agendamento dos usuários e auxiliou no monitoramento que ocorria semanalmente; as ACS realizaram busca

ativa dos faltosos; a equipe de saúde bucal proporcionou a primeira consulta programática aos usuários, consultas subseqüentes e tratamento foram concluídos em muitos casos, além de preenchimentos das fichas espelhos as quais foram feitas pelo dentista. Atribuiu-se à médica ainda a responsabilidade das consultas, atividades de educação em saúde onde grupos de idosos foram realizados, e também reuniões com presidentes dos bairros.

Essa integração e união da equipe acabaram tendo impacto importante na qualidade do serviço no ESF, inclusive em relação à comunidade e gestão, a população soube valorizar a forma acolhedora da intervenção.

Antes da intervenção, as atividades de atenção aos idosos eram concentradas na médica e os usuários não se consultavam na UBS próxima, mas sim nos serviços privados e também não procuravam atendimento odontológico. Eles só procuravam consulta para renovação de receitas de medicamentos contínuos. A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas, onde cada um se sentiu parte essencial do sucesso das atividades.

A melhoria do agendamento e o registro dos Idosos viabilizaram a melhora da agenda para tanto da atenção à demanda espontânea como da agendada, os usuários já saíam da unidade com orientações sobre alimentação saudável, pratica de exercícios físicos, higiene bucal e os que tinham alguma doença com receitas dos remédios.

Acredito que a importância da intervenção para a comunidade foi impactante e já é percebido pela mesma, pois os Idosos demonstram satisfação com o atendimento nas consultas, nos grupos e nas visitas domiciliares. Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos idosos sem cobertura. É por isso, que devemos continuar com o aprendido durante a intervenção para que possamos continuar melhorando a cobertura elevar o nível de vida com uma qualidade superior.

Se a gestão municipal estivesse mais interessada e integrada nas atividades que vínhamos desenvolvendo a intervenção poderia ter sido facilitada se desde o início da Análise Situacional, acreditando que o vínculo deve ser maior. Também faltou uma articulação com a comunidade para explicitar os critérios para priorização da atenção a idosos nos bairros que não tem ACS.

Caso que hoje iniciasse a intervenção dedicaria maior tempo na discussão com a comunidade e os gestores da à importância do programa.

As ações tendem a ter continuidade, pois na medida em que foram incorporadas à rotina do serviço como, por exemplo, as estratégias de adesão ao programa de saúde do idoso, para além da busca ativa destes, e também a realização das atividades com grupos, atendimento odontológico, visitas domiciliares, rastreamento das doenças crônicas; para com esta ação programática, conseguir melhorias na qualidade de vida da população de mis de 60 anos.

Transcorrido os três primeiros meses de intervenção e agora que estamos no fim do programa, percebo que a equipe está unida, integrada e precisar continuar com o desenvolvimento dos serviços. Para isto, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação a necessidade de priorização da atenção dos idosos, em especial os de alto risco, tomando este projeto como exemplo pretendeu programar a organização da atenção no modelo da intervenção para outros grupos como programa de atenção à saúde das pessoas com Hipertensão e Diabetes, gestantes e crianças.

5- Relatório da Intervenção para os Gestores

Como parte integrante das atividades vinculadas ao programa Mais Médicos para o Brasil, participei da Especialização em Saúde da Família promovida pela Universidade Aberta do SUS em parceria com a Universidade Federal de Pelotas. Neste curso foi solicitado como trabalho de conclusão de curso a elaboração de uma intervenção baseado na valorização e na humanização da atenção básica. A equipe da ESF Bairro Nova, após uma análise da situação de saúde, observou que o programa de atenção à saúde dos idosos era a que necessitava de intervenção. Nossa meta visava ampliar a cobertura da atenção aos idosos em 90%, visto que anteriormente a intervenção contemplava apenas 68%, e ao final da intervenção conseguimos alcançar 94%. Este resultado foi fruto da união de toda a equipe que se mostrou empenhada desde o início para melhorar o atendimento.

Foram encontrados muitos idosos com doenças crônicas como Hipertensão e Diabetes, mas eles não estavam cadastrados na unidade, pois só recorriam aos serviços de saúde quando apresentavam algum sintoma. A maioria dos idosos desconhecia a importância da revisão sistemática dos exames. E ao finalizar a intervenção 100% dos idosos cadastrados no programa receberam orientações dos cuidados com alimentação saudável, da prática de exercícios físicos e da higiene bucal.

No que se refere à atenção de saúde bucal houve uma significativa melhora, pois a maioria dos idosos não valorizava a importância das consultas odontológicas para sua saúde. A qualificação da atenção à saúde dos idosos no ESF Bairro Nova apresentou grande melhora nos indicadores de saúde. Foram realizadas ações de prevenção com todos os idosos cadastrados, incluindo àqueles acamados que necessitavam de consultas dos profissionais de saúde.

A colaboração da gestão foi importante por nos fornecer os materiais necessários para o monitoramento das ações, como por exemplo, as fichas espelho que servem para melhorar os registros das coletas de dados e assim todos os dados ficaram mais organizados. Além disso, o protocolo do Ministério da Saúde também foi essencial para capacitação da equipe. O apoio da gestão, mesmo em pequenas ações, é muito importante para incentivar o trabalho da equipe. A caderneta de saúde da pessoa idosa se mostrou um instrumento valioso que auxilia na identificação da pessoa idosa frágil ou em risco de fragilização e o apoio da gestão foi importante na conquista dessas cadernetas.

Para que o atendimento às pessoas idosas possa ser cada vez melhor realizado na unidade, a participação ativa dos idosos, dos familiares e dos cuidadores, se mostra crucial no planejamento dos serviços e na organização do cuidado.

Acredito que as outras ações programáticas também precisem passar por intervenções para que o serviço seja mais eficiente e organizado. Esperamos poder contar com o apoio da gestão para capacitar os profissionais continuamente e incentivar a realização das atividades de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação com o objetivo de melhorar a qualidade de vida das pessoas.

6. Relatório da intervenção para Comunidade.

A equipe da unidade de saúde da família do bairro Nova realizou um trabalho de intervenção baseado numa análise situacional onde foi observado que poucos idosos realizavam acompanhamento na unidade, e a partir disso, a equipe resolveu intervir na qualificação da atenção da saúde dos idosos da área.

O objetivo a intervenção era aumentar a cobertura da atenção e melhorar a qualidade da atenção à saúde dos Idosos, dos 395 estimados na planilha de coleta de dados foram cadastradas no programa 372 pessoas com 60 anos ou mais que representa 94%, foi feito rastreamento em 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica. Entre as ações realizadas destaca-se a avaliação funcional que de forma sistematizada, verifica em que nível as doenças ou agravos impedem o desempenho de forma autônoma e independente as atividades cotidianas ou atividades de vida diária das pessoas idosos. Para o melhor desenvolvimento das ações a equipe precisou ser capacitada para melhorar elaborar estratégias de captação dos idosos e melhorar a adesão dos usuários ao programa. Uma das medidas adotadas pela equipe foi a priorização dos atendimentos aos idosos, tanto nos agendamentos, quanto na demanda espontânea. Além disso, os usuários acamados eram sinalizados pelos ACS e tinham suas consultas agendadas pelas enfermeiras.

É importante destacar que nosso maior desafio na atenção à pessoa idosa é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que ocorrem pelo avançar da idade, elas possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível.

A participação da comunidade, dos líderes comunitários e do clube de mães foi fundamental para a realização das atividades. As ACS também auxiliaram muito no desenvolvimento da intervenção principalmente por realizarem a busca ativa dos usuários faltosos às consultas.

Com a intervenção, conseguimos que os idosos passassem a realizar acompanhamento na unidade, e ao final dos três meses, tivemos 372 idosos cadastrados, ou seja, atingimos 94% do número de idosos estimados, isto foi um resultado muito positivo. Durante a intervenção proporcionamos a eles a qualidade de atendimento conforme preconiza o Ministério da Saúde. Além disso, muitos idosos também foram avaliados pelo dentista e realizaram seus tratamentos odontológicos, e também passaram a perceber a importância do cuidado com a higiene bucal para nutrição, evitar gengivites e cariem dentais.

No trabalho da equipe nas ações coletivas na comunidade e nas atividades de grupo, a participação das redes sociais dos usuários é um recurso indispensável para atuação nas dimensões cultural e social. Esperamos que a comunidade possa aproveitar o que foi realizado e continue tendo a UBS como referência e como local onde se sintam acolhidos e bem atendidos, sobretudo com qualidade.

7 Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem

Este ano de curso disponibilizado pelo programa mais médico para o Brasil e facilitado pela UNASUS-UFPEL, realizei 32 horas práticas na ESF e 8 horas semanais em Especialização em Saúde da Família, padronizado em ensino à distância. Pelo projeto, trabalhei na Estratégia da Saúde da Família Bairro Nova, no município de Santo Ângelo. A unidade abrange uma população aproximada de 4000 pessoas, sendo a maioria formada por cidadãos de baixa renda.

Fui muito importante para a minha aprendizagem, ao início eu achava complexo e início trouxe sentimentos de insegurança e muitas expectativas tanto em relação ao trabalho na unidade, que até então não tinha conhecimento como também da especialização e também nunca havia tido experiência em Ensino à Distância até o momento.

Durante o curso, tive conhecimento sobre a estrutura física das unidades, como deveriam ser organizadas, quais as funções de cada profissional e como são fundamentais os papéis de todos para o bom andamento de uma Estratégia de Saúde da Família.

Através do curso e das discussões dos colegas nos fóruns; os diálogos com meu orientador forem muito determinantes na realização e conclusão do projeto conhecimento, os casos clínicos foram os mais importantes no processo de aprendizagem e foi muito útil para a prática médica, pois facilitou condutas em determinadas situações no meu trabalho; contribuiu no planejamento e na execução de ações com benefício à saúde individual e coletiva da comunidade.


Referências

BRASIL. Ministério da saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica - n.º 19 Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília – DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Planejamento estratégico do Ministério da Saúde : 2011 – 2015 : resultados e perspectivas**. Secretaria-Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. 160 p. : il.

Anexos

A) Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

B) Ficha Espelho

FICHA ESPELHO
PROGRAMA DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO

Departamento de Medicina Social UFPEL

Data de ingresso no programa: ___/___/___ Número de Protocolo: _____ Cartão SUS: _____
 Nome completo: _____ Data de nascimento: ___/___/___ Telefone de contato: ___/___/___
 Endereço: _____ (Número do imóvel) (Cidade) (Estado) (CEP) (País)
 Possui telefone fixo? () Sim () Não Possui celular? () Sim () Não Possui e-mail? () Sim () Não Possui acesso à internet? () Sim () Não
 Está em tratamento em outra unidade? () Sim () Não Possui plano de saúde? () Sim () Não Possui plano de saúde privado? () Sim () Não
 O idoso tem alguma doença crônica? () Sim () Não Data do último exame laboratorial: ___/___/___

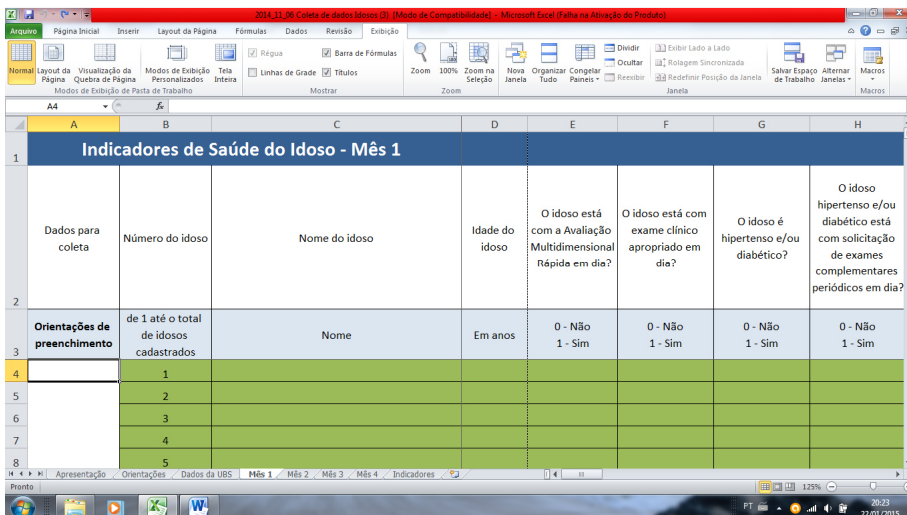
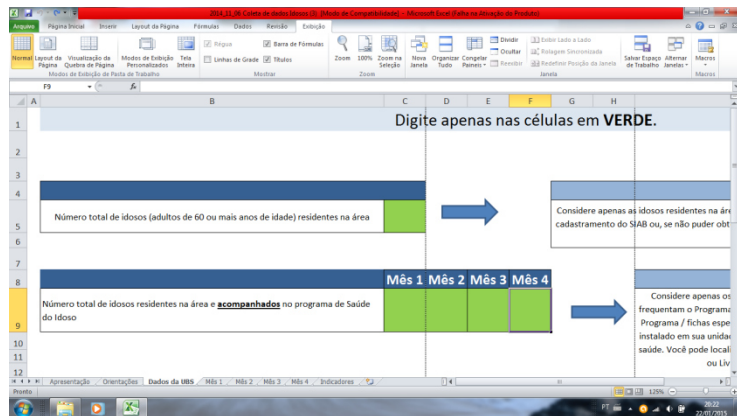
AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DO IDOSO (NORMAL OU ALTERRADO)											
Data	Nutrição	Vida	Audição	Atividade	Atividade	Atividade	Atividade	Atividade	Atividade	Atividade	Atividade

CONSIDERAÇÕES							
Data	Vale	Prestador de atenção	Prestador de atenção	Pres(a)	RNC (sigla)	RAZÃO DO RESULTADO	
						Exatidão (normal ou alterado)	Exatidão (normal ou alterado)

Ten-tapalado?	Orientação funcional	Orientação de atividades	Orientação para cuidados com saúde local	Data do último atendimento necessário	Data da última emergência	Data do próximo contato

MEDIÇÕES DE USO CONTÍNUO		FLUXOGRAMA DE EXAMES LABORATORIAIS	
DATA	POSIOLOGIA	DATA	GLICEMIA DE JEJUM
	Hidrocortisona 25 mg		HCT
	Captopril 25 mg		Hemoglobina glicada
	Enalapril 5mg		Calcosterol total
	Enalapril 10mg		HDL
	Lisinartan 20mg		LDL
	Propiroclon 40		Triglicérides
	Azelnidol 25 mg		Creatinina sérica
	Azelnidol 50 mg		Potássio sérico
	Anticéptico 5mg		Triglicérides
	Anticéptico 10mg		ECU
	Metformina 500mg		Infecção urinária
	Metformina 850 mg		Prostatia
	Glibenclamida 5 mg		Corpo cetônicos
	Insulina NPH		Sedimento
	Insulina regular		Microlalbuminúria
			Proteína de 24h
			TSH
			ECG
			Hemograma
			Hematócrito
			Hemoglobina
			VCM
			CHCM
			Plaquetas

C) Planilha de Coleta de Dados



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