

**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 UBS Nonoai, Nonoai/RS

Marivelly Rojas Ulloa

Pelotas, RS

Marivelly Rojas Ulloa

Melhoria da atenção à saúde dos idosos na UBS Nonoai, Nonoai/RS

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

Orientadora: Fabiana Barros Marinho Maia

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

U42m Ulloa, Marivelly Rojas

Melhoria da Atenção à Saúde dos Idosos na UBS Nonoai,
Nonoai/RS / Marivelly Rojas Ulloa; Fabiana Barros Marinho Maia,
orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

81 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. Maia, Fabiana Barros
Marinho, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho ao querido povo Nonoaiense que acolheu o projeto de intervenção com fé nas melhorias a saúde dos maiores de 60 anos. A Prefeitura por estar presente ao longo deste período, a Secretaria de Saúde pela confiança, aos ACS pela entrega diária e muito especialmente a todos que fazem a equipe da ESF que acompanhou a intervenção em todas as fases desde o início até o fim.

Agradecimentos

Agradeço ao meu esposo por ficar ao meu lado acompanhando esta intervenção em saúde, o tempo todo me apoiando para fazer realidade este lindo sonho.

A minha orientadora Fabiana que esteve presente o tempo todo nesta longa caminhada me ajudando, aos meus colegas de trabalho que acreditaram sempre na possibilidade de mudar a vida dos nossos idosos.

Aos líderes da comunidade por nos ajudar a identificar as pessoas que precisavam de atendimento diferenciado e os casos sociais e aos nossos usuários que nos apresentavam com sorrisos todos os dias.

Agradeço também a oportunidade que o meu pais Cuba deu para mim de conhecer o Brasil e o Município de Nonoai.

Resumo

ROJAS ULLOA, Marivelly. **Melhoria da atenção à saúde dos idosos na UBS Nonoai, Nonoai/ RS.** 2015. 75f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

O projeto de intervenção em saúde feito na nossa UBS tratou da melhoria na saúde das 930 pessoas idosas que representam um grande número da nossa população. Este Projeto foi estruturado para ser desenvolvido no período de 4 meses na Unidade de Saúde Nonoai, no município Nonoai do Rio Grande do Sul. Participaram da intervenção 930 idosos de 60 e mais anos de idade. Foi utilizado o Protocolo do Ministério da Saúde de Atendimento à Saúde das pessoas Idosas do ano 2013 além do Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2013. O resultado principal foi a cobertura do programa com resultado final de 100% (927) atingido; também conseguimos que 100%(927) tivessem avaliação multidimensional rápida, que 100%(927) os idosos estivessem com os exames clínicos apropriados em dia, que 100%(927) deles tivessem verificação de pressão arterial na última consulta. 100% (55) dos idosos acamados ou com problemas de locomoção foram cadastrados e tiveram visita domiciliar realizada, assim como todos os 100% (143) dos hipertensos tiveram o rastreamento para diabetes. No serviço toda a equipe reconhece a importância que a intervenção teve e todos temos interesse em dar continuidade. Hoje na nossa UBS, a população e a equipe têm conhecimento da importância em continuar e expandir esse trabalho, apresentando condições materiais e humanas em dar continuidade, e dessa forma incorporar a intervenção a rotina do serviço, e unidos criar as condições para superar algumas das dificuldades encontradas.

Palavras-chave: Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Saúde do Idoso; Assistência domiciliar; Saúde Bucal.

Lista de Figuras

Figura 1	Foto da UBS Nonoai, RS. Nonoai/RS, 2015.	11
Figura 2	Foto do grupo HIPERDIA no CTG da Brigada Militar. Nonoai/RS, 2015.	15
Figura 3	Gráfico indicativo de Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde Nonoai. Nonoai/RS, 2015.	53
Figura 4	Gráfico indicativo de Proporção de idosos hipertensos e ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia. Nonoai/RS, 2015.	54
Figura 5	Gráfico indicativo de Proporção de idosos com prescrição de medicamentos de farmácia popular priorizada. Nonoai/RS, 2015.	55
Figura 6	Gráfico indicativo de Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programada. Nonoai/RS, 2015.	56
Figura 7	Gráfico indicativo de Proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia. Nonoai/RS, 2015.	58

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ABS	Atenção Básica de Saúde
ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária de Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAP	Caderno de Ações Programáticas
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
EaD	Ensino a distancia
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
HIPERDIA	Hipertensos e Diabéticos
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMIA	Planilhas de Objetivos, Metas, Indicadores e Ações
PA	Pressão Alta
SisPreNatal	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPel	Universidade Federal de Pelotas

Apresentação

O presente trabalho foi realizado como parte das atividades do Curso de Especialização em Saúde da Família, Ensino à Distância (EaD), da Universidade Aberta do SUS em parceria com a Universidade Federal de Pelotas.

A nossa intervenção em saúde teve como objetivo principal Melhoria na saúde das pessoas idosas cadastradas na UBS Nonoai, localizada em município homônimo no Rio Grande do Sul e teve uma duração de 16 semanas. Este volume engloba a **análise situacional** na UBS Nonoai, com a descrição da situação da atenção primária e estratégia de saúde da família no município, dos principais problemas detectados no serviço e a relação entre eles; a **análise estratégica**, que é o projeto de intervenção; o **relatório da intervenção** que descreve os principais aspectos da implementação das ações propostas; o **relatório dos resultados da intervenção** que aborda a análise qualitativa e quantitativa dos resultados obtidos; os **relatórios da intervenção para os gestores e para a comunidade** e a **reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem** no decorrer do curso, ressaltando a importância para a qualificação do trabalho da equipe e a melhoria para a comunidade além das **referências** e dos **anexos**.

O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início em julho de 2014 e finalizou em agosto de 2015, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS em 16/08/2014

Na minha Unidade Básica de Saúde (UBS) temos uma equipe conformada pelos diferentes profissionais básicos para dar atenção à comunidade composta por 6815 pessoas, aproximadamente. O trabalho encontra-se planejado tendo em conta o cadastro feito da população pelos agentes comunitários de saúde, todas as semanas tenho usuários para visitar nas suas casas porque eles não podem-se deslocar até o posto de saúde, nas quartas-feiras junto com as enfermeiras e uma técnica de farmácia vamos nas diferentes comunidades e fazemos atividades com grupos de hipertensos e diabéticos, onde interagimos dando palestras de educação para a saúde, é um espaço único para aclarar dúvidas dos usuários e fazer reestruturação nos tratamentos deles. Ainda não conseguimos conformar um grupo de gestantes na nossa comunidade, mas vai conhecendo o caminho certo para chegar até elas nos encontros nas comunidades.

Ainda temos muitas coisas a melhorar, por enquanto estamos traçando estratégias para que tudo dê certo, o programa tem sido aceitado com muito carinho pelos moradores da cidade, nossa equipe agora pode distribuir o trabalho e temos a possibilidade de nos reunir uma vez ao mês para analisar o mês trabalhado, as dificuldades apresentadas, como foi que solucionamos os problemas e todos aportamos ideias para garantir um melhor funcionamento no mês próximo. Até o momento nos 4 meses trabalhados os resultados tem sido satisfatório.

Nossa estruturação é boa, temos salas de curativos, consultas médicas, farmácia, salão de reunião, sala de vacinas, cozinha, banheiros, sala de esterilização e uma recepção onde se realiza o acolhimento de todos os usuários que procuram atenção. As 32 horas de trabalho são continuas na semana e temos consultando também uma pediatra e uma ginecologista. A maior dificuldade do nosso município está nos encaminhamentos para as diferentes especialidades que é muito demorado e nos exames de laboratório que só são feitos após um mês da indicação, motivo pelo qual o nosso atuar médico fica paralisado. A ESF (Estratégia Saúde da Família) está bem definida e a ABS (atenção básica de saúde) agora não está carente, só está faltando

melhor organização dos serviços e muita intervenção da nossa equipe para solucionar os principais problemas de saúde da nossa população. Os diferentes programas que prioriza o SUS (Sistema Único de Saúde) estão bem organizados e cumprem os seus objetivos, a dotação de medicamentos para os doentes está carecendo de muitos remédios que o SUS proporciona pelo que muitas vezes é preciso indicar outros que eles não podem adquirir na nossa unidade e às vezes nem dinheiro tem para pegar eles em outras farmácias.

A nossa intervenção como médicos depende de muitos fatores, mas acredito que com o tempo vai-se aperfeiçoando e o caminho que vamos ter percorrido até esse momento vai servir de guia para outros profissionais brasileiros que vão fazer o seu trabalho num futuro nestas mesmas comunidades, o núcleo principal das famílias é o seu estado de saúde, motivo pelo qual se começaram a criar mais UBS para ajudar as atividades de prevenção e promoção de saúde desde um cenário mais perto das casas dos usuários mediante os agentes comunitários de saúde que são o braço direito das UBS e ajudam nos agendamentos das consultas, nas visitas domiciliares e em grande parte no reconhecimento das necessidades básicas de cada família em particular, na nossa cidade está dando certo e agora estamos fazendo um novo cadastro das pessoas que inclui uma maior informação de cada usuário para quando for atendido a gente possa saber mais da sua vida como ente biopsicossocial. Pelo momento é essa a nossa situação atual numa parte de Nonoai, Rio Grande Do Sul.

1.2 Relatório da Análise situacional em 07/11/2014

A minha UBS pertence ao município Nonoai, do Rio Grande do Sul, no qual reside uma população de aproximadamente 12.615 habitantes (IBGE, 2015), contamos com 2 UBS tradicionais com ESF e estão funcionando atualmente 2 NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família). Não contamos com atenção especializada dentro do município razão pela qual fazemos encaminhamentos para fora que terminam sendo muito demorados, daí a tardança na em solução dos problemas dos usuários. O serviço hospitalar é disponibilizado e garantido no Hospital Comunitário Municipal com uma boa cobertura para todos os nossos usuários.

Entre as maiores dificuldades que temos no nosso município está na disponibilidade de exames complementares que são poucos e demorados ficando para fora do nosso município a grande maioria deles o que possibilita a existência de uma lista de espera muito grande para conseguir após dois ou três meses que sejam feitos estes exames.

Nossa UBS é urbana e possui a ESF implantada, o sistema de informação está sendo mudando do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) para o e-SUS, não estamos vinculados com instituições de ensino e o nosso modelo de atenção é misto. Temos duas equipes de saúde com 2 Médicos da Família, 2 Fisioterapeutas, 1 Pediatra, 1 Farmacêutica, 1 Nutricionista, 1 Ginecologista, 2 Enfermeiras, 1 Assistente Social, 4 Técnicas de Enfermagem, 19 Agentes Comunitários de Saúde, 2 Auxiliares de Farmácia, 3 Administradores, 3 Recepcionistas e 6 Motoristas e só falta o dentista pois a UBS está em construção e não tem determinado ainda o espaço para o consultório odontológico.



Figura 1. Foto da UBS Nonoai, RS. Nonoai/RS, 2015.

No que refere-se a estrutura física na nossa UBS temos 3 consultórios médicos deles só 1 com banheiro, 1 copa-cozinha pequena, 1 sala de reuniões com espaço reduzido, 1 sala de vacina bem pequena também, 2 salas de curativos, 1 sala de nebulização, 1 pequena sala de esterilização com muito pouco espaço, 1 farmácia também com pouco espaço para armazenar os medicamentos, 1 recepção com espaço para o acolhimento de 45 pessoas aproximadamente, 1 sanitário para funcionários, 1 abrigo para resíduos sólidos espaçoso e 1 depósito para o lixo contaminado. Uma das deficiências no desenvolvimento do nosso trabalho são as barreiras arquitetônicas que os

nossos usuários enfrentam quando vão nos procurar, pois dentro do posto não temos piso antiderrapante, corrimãos, nem banheiro com espaço para fazer manobras com usuários cadeirantes, problemas estes que teriam solução retomando a construção da UBS que ainda não concluiu, tendo a oportunidade de estabelecer espaços com as características necessárias para garantir a segurança dos nossos usuários.

Dentro das atribuições dos profissionais temos grandes dificuldades faltando neste momento o controle dos usuários que são faltosos, tornando difícil o seguimento ideal dos mesmos. A nossa comunidade não participa do controle social, pois não temos a direção de um líder popular para nos ajudar a priorizar os problemas do povo e auxiliar a determinar as melhores soluções; não trabalhamos com todos os grupos, pois a educação em saúde não está sendo levada até todas as pessoas carentes da população, embora a equipe, nestes momentos, encontre-se unida as atividades não estão sendo planejadas pois até o momento da nossa chegada não tinham médico e a população estava carente de atenção, ainda não temos participação no mapeamento do território pelo que desconhecemos com detalhes qual e a nossa área de abrangência, mas estamos fazendo um forte trabalho dirigido ao cuidado dos usuários no seu domicilio e ações de prevenção e promoção de saúde. Acredito que fazendo as mudanças que a equipe propôs vamos erradicar todas as dificuldades que agora temos e vamos cumprir com as nossas atribuições como profissionais responsáveis pela saúde da população.

O número de habitantes da minha área é de aproximadamente 6.815, predominando o sexo feminino e os intervalos de idade de 20-29,40-59 e de 60 e mais, o tamanho da população e muito maior que a quantidade de usuários que devem ser atendidos por uma equipe de saúde, mas uma possível solução a diferencia destes números é a criação de uma nova ESF responsável pelo excesso de usuários de cada uma das duas equipes que já temos na UBS, facilitando o nosso trabalho e assim ter cobertura para levar o nosso serviço a todos os nossos usuários.

Em relação à atenção a demanda espontânea como aspectos positivos temos o recebimento dos usuários que acontece na parte da manhã onde os

profissionais escutam as demandas de cada usuário tendo lugar depois disto, o acolhimento que tem uma média de até 15 minutos para ser efetuado, neste tempo procuramos dar solução a demanda deles. Com o excesso da demanda, a nossa equipe faz uma seleção estabelecendo prioridades o que permite determinar os casos que não podem esperar e tem que ser atendidos no momento, e aqueles que podem esperar são agendados para o dia seguinte, e outros são encaminhados para o pronto atendimento, que são as emergências que não podem ser solucionadas na UBS.

Como parte das deficiências que temos e poderíamos resolver seria realizar o acolhimento dos usuários em todos os turnos de atendimento da nossa UBS para estabelecer responsavelmente as prioridades da demanda dos doentes.

O programa de atenção à saúde da criança é levado pela pediatra do município quem se encarrega do atendimento agendado do grupo de crianças compreendidas entre 0 e 24 meses nas duas UBS. Ela avalia integralmente todos os aspectos do crescimento e desenvolvimento das crianças e sua alimentação nas consultas de puericultura. A especialista atende por um manual de procedimentos e leva um registro específico de consultas e monitoramento regular dos dados para fazer avaliações. Como dificuldade, não fazemos grupos com as mães das crianças, as quais não recebem dicas de ensino para enfrentar sinais e sintomas nos seus bebês tais como diarreias, vômitos, cólica abdominal, febre alta, o que melhoraria a morbidade deste grupo. As crianças com idades entre 23 e 72 meses não têm consultas de puericultura, só recebem atenção médica quando ficam doentes, mas não são feitas com elas avaliações de crescimento e desenvolvimento. Com certeza seria muito importante que os médicos de família fizemos estas puericulturas porque complementar as consultas de puericultura atuando na prevenção de saúde. Em comparação com o caderno de ações programáticas a saúde das crianças tem uma cobertura atual de 63% (52), mas não tendo governabilidade nenhuma sobre esse grupo populacional devido as características do município não conseguimos escolher esta ação programática para fazer a nossa intervenção em saúde sendo um grupo que precisa de uma atenção diferenciada nos intervalos de idade de 23 a 72 meses.

Em relação ao programa do Pré-natal, este é realizado pela ginecologista do município que se encarrega de todas as consultas deste grupo da população nas duas UBS, mediante um protocolo de atendimento e levando os dados no SISPRENATAL, também fazendo avaliação e monitoramento do grupo. São realizados grupos de gestantes que são desenvolvidos na UBS com a ginecologista e a enfermeira, onde se discutem temas educativos para as futuras mães. Um aspecto positivo do nosso pré-natal é que temos cobertura para todas as grávidas, garantindo desta maneira atenção integral durante toda a gravidez, mas nem todas elas procuram o atendimento pelo SUS. Também temos deficiências, como a não participação das gestantes nos grupos e a não inclusão dos médicos da família nestas atividades. Esta ação programática sem dúvidas e a de menor cobertura tem na nossa UBS apenas 26% (27 gestantes) são atendidas pela nossa ginecologista pelo SUS, pelo fato que ela é a única autorizada para exercer este tipo de atendimento no município e sem governabilidade alguma a gente também não conseguiu atuar nesse grupo populacional, sendo este grupo carente de uma atenção mais específica sobre todo na parte de orientações as futuras mães, incluindo a parte do puerpério onde elas têm muitas dúvidas a serem esclarecidas o tempo todo.

Os programas de câncer de colo de útero e mama são realizados pela ginecologista e uma enfermeira que se encarregam de fazer a coleta do preventivo e os exames das mamas. Estes programas estão com 99% de cumprimento na nossa UBS, atendendo dessa forma 1.877 mulheres para prevenção de câncer de colo de útero e 696 para prevenção de câncer de mama. Neste momento elas são ensinadas a fazer o autoexame das mamas para detectar alterações nelas e ensinam a reconhecer sintomas e sinais indicativos de câncer de colo de útero. Uma vez por ano são realizados estes exames, mas na nossa UBS não temos registros que permitam saber os usuários que estão com exames atrasados nem se tiveram história anterior de exames alterados. A coleta, a maioria das vezes, não é planejada, e até o momento não temos conhecimento se é utilizado algum tipo de protocolo de intervenção. Acredito que poderíamos estimular a prática regular da atividade física, orientar sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool e fazer promoção de ações para o controle do peso corporal nas mulheres. Entendo

que fazendo relatórios sobre a avaliação do programa que permitam analisar os achados das coletas dos preventivos realizados nas nossas mulheres, poderíamos saber a prevalência e a incidência dos casos novos diagnosticados com alteração nos exames. A habilitação de um arquivo separado só para guardar registros dos resultados das mamografias e coletas dos preventivos alterados com o acompanhamento médico que foi feito e as ações realizadas, incluindo tratamento, assim garantiríamos um acompanhamento adequado dos nossos usuários.

Na atenção de diabéticos e hipertensos tem muitas coisas a serem estabelecidas. Embora esteja funcionando os grupos de hipertensos e diabéticos onde fazemos palestras educativas para os usuários, o nosso serviço até hoje nunca teve um protocolo técnico para estabelecer atendimentos para estes usuários, não existe registro específico e não fazemos monitoramento nenhum das ações que são feitas com eles. Como aspecto positivo, conseguimos aumentar a participação dos hipertensos e diabéticos nos grupos e incluímos grande parte dos membros da equipe para ajudar nestas atividades, embora o planejamento, monitoramento das ações e a qualidade da atenção ainda não funcionam, mas estamos trabalhando na parte organizativa. Acredito que fazendo agendamentos da próxima consulta dos hipertensos e diabéticos depois de serem avaliados pela equipe, podemos conseguir estabelecer um acompanhamento adequado que garanta as consultas que este grupo precisa, além da criação dos arquivos específicos onde estejam salvos os dados referentes a cada doente de cada grupo, assim como as ações de saúde que são feitas com eles. Esta ação programática da saúde dos usuários hipertensos e diabéticos está com cobertura de 57% (870) e 69% (300) respectivamente, mas eu não escolhi esta parte da população para fazer a minha atuação em saúde, pois o outro colega que trabalha junto na minha UBS escolheu esta ação para o seu trabalho.



Figura 2: Foto do grupo HIPERDIA no CTG da Brigada Militar. Nonoai/RS, 2015.

Com respeito a saúde bucal posso dizer que neste momento nossa UBS não conta com este serviço à população pois não temos consultório odontológico, para conseguir atuar na parte de odontologia nos se auxiliemos dos profissionais da outra UBS da cidade, lugar aonde são feitos os nossos encaminhamentos e desde o qual recebemos a devida contra referência.

Com respeito à saúde dos idosos apenas são realizados os atendimentos daqueles que procuram consulta médica na UBS e os que precisam atenção nos seus domicílios, mas na verdade não temos estabelecido o número de usuários idosos que estão dentro da nossa área de abrangência e só somos levados até aqueles que solicitam o atendimento na sua casa. Embora no preenchimento do Caderno das Ações Programáticas a cobertura esteja em 100%, a realidade nossa está muito distante, pois os idosos cadastrados até o ano passado superam o número da média estabelecida no Brasil. Não temos protocolos ou manuais técnicos para o seu atendimento, nem registro nenhum dos atendimentos que são feitos aos idosos, como também não monitoramos nada deste grupo. Lembrando que a caderneta do idoso foi solicitada para facilitar o trabalho e preencher os dados em um arquivo específico que

queremos criar deste grupo da população. Posso concluir que seria de muita importância fazer um trabalho de priorização deste grupo populacional.

Os melhores e mais valiosos recursos que a nossa UBS tem, somos nós, que estamos dispostos a enfrentar o trabalho e a solucionar todos os problemas existentes. Elegemos com um dos maiores desafios, o cadastramento de todos os usuários e organização do nosso trabalho, o qual estabelecemos como prioridade, a criação dos arquivos identificados com os grupos atendidos pela nossa UBS, como exemplo, os arquivos de câncer de mama e câncer de colo de útero, hipertensos, diabéticos, idosos. Para a parte estrutural, acredito que com a terminação da obra da construção da UBS garantindo desta maneira as transformações necessárias tais como: pisos lisos por antiderrapantes, habilitação de um banheiro com espaço para fazer manobras com usuários cadeirantes e a colocação de corrimãos nos corredores.

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

Fazendo a releitura dos textos Situação da ESF/APS e Relatório da Análise da Situação de Saúde posso dizer que certamente depois de ter trabalhado ao longo destas semanas e confirmado realmente as nossas deficiências e estabelecido as maiores prioridades eu vejo uma relação bem similar da primeira postagem com esta última, pois na realidade foram identificados as prioridades a serem resolvidas, a organização ao atendimento do usuário, a necessidade de ampliar a escuta destes usuários e melhorar as condições estruturais para garantir o acesso seguro dos mesmos ao posto de saúde.

Também pude perceber que os programas de atendimento aos diferentes grupos não estão sendo bem desenvolvidos como foi a minha primeira impressão, mas acredito mesmo que foi proveitoso o percurso deste tempo de investigação para determinar problemas e estabelecer prioridades para melhorar a atenção em saúde. Estas semanas de estudo têm me ajudado grandemente na compreensão dos principais problemas que estão acontecendo na minha UBS e também têm ajudado na união dos

representantes da equipe que agora fazemos juntos uma análise da situação de saúde com vistas ao melhoramento da atenção à saúde da população Nonoaiense.

Ao fazer este exercício de reflexão posso afirmar que a minha primeira impressão foi reafirmada ao longo destas semanas de estudo com os dados específicos que preenchi sobre a situação dos exames complementares e o trabalho com os diferentes grupos com DCNT (doenças crônicas não transmissíveis). Agora estou trabalhando nos principais desafios que dependem do meu atuar e da equipe de saúde para conseguir solucionar as principais dificuldades que existem no âmbito da minha UBS e assim ajudar para que a saúde seja mais preventiva e melhor proporcionada.

2 Análise Estratégica

2.1. Justificativa

O envelhecimento, antes considerado um fenômeno, hoje faz parte da realidade da maioria das sociedades. Estima-se que para o ano de 2050 existam cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos ou mais no mundo, e a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento (BRASIL, 2007). A ação que escolhi para fazer o projeto de intervenção foi atenção à saúde do idoso, pois embora nos dados do meu CAP mostrem uma cobertura de 100%, o número de idosos da minha área de abrangência supera o limite da média para o Brasil (1.654 idosos segundo o último levantamento feito em 2013). Nonoai é um povo com predomínio da população idosa que neste momento não tem estabelecido um código de priorização do atendimento para estes usuários, nem são seguidos segundo protocolo de atendimento à saúde

do idoso, motivo pelo qual despertou o interesse de toda uma equipe que apoia a intervenção neste grupo.

Acredito que os idosos seja um grupo populacional que precisa mesmo muita atenção, cuidado e direção, pois eles estão em uma etapa das suas vidas que precisam de orientação para ter uma velhice saudável. Meu objetivo é que o nosso trabalho ajude no cumprimento do número de consultas e visitas domiciliares destes idosos assim como dar um seguimento de cuidado continuado, para desta maneira conseguir educar eles no cuidado da sua saúde e garantir o ensino não só deles, mas também da família toda para que ajudem nesta etapa da vida dos idosos para que seja tranquila e mais saudável. Levar o ensino, garantir atendimento, cadastrar os idosos e dar a cada um deles uma carteirinha do idoso onde sejam capazes de escrever cada procedimento que é feito, são alguns dos nossos principais objetivos do projeto.

Atendemos um total de 12.615 pessoas em todo o município, dividindo estas para o trabalho com duas equipes predominantemente da área urbana, minha ESF atende uma população aproximada de 6815 pessoas com um total de idosos acompanhados de 930 que segundo a média no CAP (Caderno de Ações Programáticas) considerando só o número de pessoas que pertencem a minha área de abrangência, é o dado correto, mas segundo a minha realidade não é suficiente acompanhar sem ter um cadastramento feito junto com um atendimento de qualidade.

Grande controvérsia existiu ao longo da nossa escolha pois contando com a realidade do município para os 6815 cadastrados na nossa UBS, existe no último levantamento feito 1654 idosos na área de abrangência, dado este que não está acorde ao Caderno de Ações Programáticas que contempla um total de 930 idosos para esta quantia populacional, mas que também não cumpre com as estimativas dos cálculos automáticos da planilha de coleta de dados disponibilizada pelo curso que calcula uma estimativa do 10 % respondendo a 682 idosos. A nossa equipe pela experiência com a nossa população decidiu trabalhar sobre a base dos 930 idosos do Caderno de Ações Programáticas.

Os nossos idosos são até o momento 930 dos quais nenhum tem carteirinha do idoso, nem seguimento adequado da saúde nem das doenças crônicas que eles sofrem, além disso existe aqueles que não conseguem chegar a UBS e não são procurados para ser feito o cuidado continuado da sua saúde, motivo pelo qual o atendimento não está sendo feito, mostrando uma atenção falha, restrita e às vezes nula, por isso que nosso trabalho vai tentar reverter esta situação existente na nossa UBS. A promoção de saúde para este grupo começou a acontecer desde a nossa determinação para fazer a intervenção nesta ação programática, assim estamos fazendo visitas domiciliares e consultando os nossos idosos com maior cuidado e tomando tempo para interagir com os que possuem familiares para ensinar o manejo destes usuários e o cuidado da sua alimentação e saúde.

Posso assegurar que a nossa equipe está envolvida 100% no projeto pois todos acreditam que com a nossa intervenção os Nonoaienses vão experimentar mudanças nas suas vidas e vão aprender a se cuidar para levar uma vida com mais qualidade, a viabilização desta intervenção está dada pela grande necessidade de atenção em saúde que os nossos usuários tem e pelo apoio de toda a equipe de saúde e secretaria de saúde com o nosso projeto. Acredito que isto poderá melhorar a atenção a saúde dos nossos idosos porque vamos fazer medicina preventiva mediante a promoção de saúde para garantir uma melhor velhice para os nossos idosos.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a Atenção à Saúde dos Idosos na UBS Nonoai, Nonoai/ RS

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

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

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

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

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

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

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

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

Meta:2. 6. Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

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

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

Meta:2. 9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

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

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

Meta:3. 1. Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos.

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

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

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

2.3 Metodologia

Este Projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 4 meses na Unidade de Saúde Nonoai, no município Nonoai do Rio Grande do Sul. Participarão da intervenção 930 idosos de 60 e mais anos de idade. O cadastro será realizado de acordo com as estimativas dos ACS que atendem nas diferentes comunidades em conjunto com a Equipe da UBS fazendo busca ativa dos idosos com problemas de locomoção e os acamados para levar

saúde até eles e garantir a educação dos seus familiares e cuidadores, teremos uma meta de um 25% ao mês até atingir o 100% em 4 meses de trabalho e sendo preenchidas neste intervalo as carteirinhas dos Idosos com os principais dados de cada usuário.

Foram utilizados o protocolo do Ministério da Saúde de Atendimento à Saúde das pessoas Idosas do ano 2010 além do Caderno de Atenção Básica do Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2007).

2.3.1 Detalhamento das ações

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

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

Monitoramento e avaliação:

- O monitorar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde periodicamente será de responsabilidade da enfermeira e o médico fazendo revisão do registro de idosos semanalmente.

Organização e gestão do serviço:

- As atividades de acolhimento, cadastro e digitação de informações no SIAB vai ser feita por toda a equipe de saúde, os ACS e as recepcionistas desde o começo do programa em todos os horários de atendimento.

Engajamento público:

- Os esclarecimentos e informações vão ser feitos nos grupos de HIPERDIA duas vezes por semana e nas comunidades.

Qualificação da prática clínica:

- Capacitar a equipe e os ACS serão responsabilidade do médico, enfermeira e assistente social da UBS na primeira semana do programa em um tempo de duas horas no horário da tarde.

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

Relativas a 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.

Monitoramento e avaliação:

- O monitoramento e Avaliação Multidimensional Rápida serão feitos semestralmente pelo médico e enfermeira responsável, mediante a revisão dos prontuários e nos grupos de HIPERDIA.

Organização e gestão do serviço:

- Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropômetro, Tabela de Snellen...) será a responsabilidade da enfermeira em solicitar ao gestor esses materiais; e definir as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos será a responsabilidade do médico nas reuniões de equipe.

Engajamento público:

- Orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável será realizado nos encontros em grupo com a comunidade na UBS e Compartilhar com os usuários as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social será feito pela médica a cada consulta realizada.

Qualificação da prática clínica:

- A capacitação dos profissionais para o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pela UBS; Treinamento da equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida; Treinamento da equipe para o encaminhamento adequado dos casos que necessitarem de avaliações mais complexas serão realizados na reunião da equipe na primeira semana da intervenção, 1 hora, à tarde, sendo responsabilidade do médico e enfermeira da UBS.

Relativas a 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:

Monitoramento e avaliação

- O monitoramento e a realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade de saúde serão feitos pelo médico e enfermeira responsável, mediante a revisão dos prontuários e nos grupos de HIPERDIA.

Organização e gestão do serviço:

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos será a responsabilidade do médico da equipe; Garantir busca a idosos que não realizaram exame clínico apropriado será a responsabilidade dos ACS na busca ativa; Organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares será a responsabilidade do médico da equipe; Garantir a referência e contra referência de usuários com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades será a responsabilidade do médico da equipe conversar com o gestor para que possa haver esse recebimento entre os níveis de saúde.

Engajamento público:

- Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente serão a responsabilidade do médico da equipe durante as consultas e nos encontros em grupo com a comunidade na UBS.

Qualificação da prática clínica:

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado e para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas será realizado na reunião da equipe na primeira semana da intervenção, 1 hora, à tarde, sendo responsabilidade do médico e enfermeira da UBS.

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

Monitoramento e avaliação:

- O monitoramento do número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados e realizados de acordo com o protocolo serão feitos pelo médico e enfermeira responsável, mediante a revisão dos prontuários e nos grupos de Hiperdia.

Organização e gestão do serviço:

- Garantir a solicitação dos exames complementares será a responsabilidade do médico da equipe; garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo será a responsabilidade do médico da equipe; estabelecer sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados será a responsabilidade do médico da equipe.

Engajamento público:

- Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade e periodicidade de realização de exames complementares será feito mensalmente nas reuniões de grupos, inclusive nos grupos do Hiperdia.

Qualificação da prática clínica:

- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares será realizado na reunião da equipe na primeira semana da intervenção, 1 hora, à tarde, sendo responsabilidade do médico e enfermeira da UBS.

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

Monitoramento e avaliação:

- O monitoramento do acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia será feito pelo médico e enfermeira responsável, mediante a revisão dos prontuários e nos grupos de HIPERDIA.

Organização e gestão do serviço:

- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos e manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde será a responsabilidade da Farmacêutica.

Engajamento público:

- Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso será feito mensalmente nas reuniões de grupos, inclusive nos grupos do Hiperdia.

Qualificação da prática clínica:

- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes e capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia será realizado na reunião da equipe na segunda semana da intervenção, 1 hora, à tarde, sendo responsabilidade do médico e enfermeira da UBS.

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

Monitoramento e avaliação:

- O monitoramento do número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados será feito pelo médico e enfermeira responsável, mediante a revisão dos prontuários e nos grupos de HIPERDIA.

Organização e gestão do serviço:

- Garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa será a responsabilidade dos ACS.

Engajamento público:

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da Unidade de Saúde será feito mensalmente nas reuniões de todos os grupos.

Qualificação da prática clínica:

- Para capacitar os ACS para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência, as enfermeiras da UBS realizarão a reunião da equipe na segunda semana da intervenção.

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

Monitoramento e avaliação:

- O monitoramento da realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção será feito pelo médico e enfermeira responsável, mediante a revisão dos prontuários e nos grupos de HIPERDIA.

Organização e gestão do serviço:

- Organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção será a responsabilidade dos ACS.

Engajamento público:

- Orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar e para aos idosos acamados ou com problemas de locomoção será feito a cada consulta e também nas reuniões de grupo.

Qualificação da prática clínica:

- Os médicos farão uma capacitação com os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção, fazendo-os saber os casos que necessitam de visita domiciliar.

Relativas a meta 2.7: Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Monitoramento e avaliação:

- O monitoramento do número de idosos submetidos a rastreamento para HAS será feito semestralmente pelo médico e enfermeira responsável, mediante a revisão dos prontuários e nos grupos de HIPERDIA.

Organização e gestão do serviço:

- Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS será a responsabilidade de toda a equipe e garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde será a responsabilidade da enfermeira em solicitar ao gestor esses materiais.

Engajamento público:

- Será realizado grupos de idosos onde a médica fará orientações sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS.

Qualificação da prática clínica:

- A enfermeira se reunirá com a equipe da Unidade de Saúde para capacitá-los a verificar a pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Relativas a 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).

Monitoramento e avaliação:

- O monitoramento do número de idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM será feito semestralmente pelo médico e enfermeira responsável, mediante a revisão dos prontuários e nos grupos de HIPERDIA.

Organização e gestão do serviço:

- Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM será a responsabilidade de toda a equipe; garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde será a responsabilidade da enfermeira em solicitar ao gestor esses materiais;

criar sistema de alerta na ficha de acompanhamento para indicador o idoso que provavelmente terá que realizar o hemoglicoteste será a responsabilidade da Médica.

Engajamento público:

- Será realizado grupos de idosos onde a médica fará orientações sobre a importância do rastreamento para DM em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica, como também sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM.

Qualificação da prática clínica:

- A enfermeira se reunirá com a equipe para capacitá-los para realização do hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

Relativas a meta 2.9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Monitoramento e avaliação:

- O monitoramento da avaliação da necessidade de tratamento odontológico de idosos será feito pelo médico e enfermeira responsável, mediante a revisão dos prontuários e nos grupos de HIPERDIA, já que a equipe não consta de um odontólogo no momento.

Organização e gestão do serviço:

- A equipe junto ao recepcionista será responsável em organizar o acolhimento e oferecer atendimento prioritário aos idosos na unidade de saúde, assim como os ACS irão cadastrar os idosos e também organizar a agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.

Engajamento público:

- A equipe fará grupos informando a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de idosos

Qualificação da prática clínica:

- A enfermeira se reunirá com a equipe para capacitá-los na avaliação da necessidade de tratamento odontológico em idosos, já que não contamos com odontólogo.

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

Monitoramento e avaliação:

- O monitoramento do número de idosos cadastrados na Unidade em acompanhamento odontológico no período serão feitos pelo médico e enfermeira responsável, mediante a revisão dos prontuários e nos grupos de HIPERDIA, já que a equipe não consta de um odontólogo no momento.

Organização e gestão do serviço:

- A equipe junto ao recepcionista será responsável em organizar o acolhimento e oferecer atendimento prioritário aos idosos na unidade de saúde, assim como os Monitorar a utilização de serviço odontológico e organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos da área de abrangência.

Engajamento público:

- Será realizado grupos de idosos onde a médica fará orientações sobre atendimento odontológico prioritário de idosos e de sua importância para saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na Unidade de Saúde, esclarecendo sobre a necessidade da realização de exames bucais e também ouvindo as estratégias da comunidade para captação de idosos para acompanhamento odontológico.

Qualificação da prática clínica:

- A enfermeira se reunirá com a equipe para capacitá-los na acolhimento do idoso de acordo com protocolo, mostrando-lhes como realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico, capacitando os ACS para captação de idosos e também dizendo da importância em realizar a primeira consulta odontológica programática para idosos.

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

Relativas a meta 3.1: Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Monitoramento e avaliação:

- O monitorar do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela unidade de saúde será feita revisando os registros, o médico e a enfermeira.

Organização e gestão do serviço:

- A busca ativa aos faltosos e agendamento será feita pelos colegas que compõem a ESF nos horários de visita domiciliar duas vezes por semana e pela enfermeira da UBS.

Engajamento público:

- Informar, ouvir e esclarecer os idosos e a comunidade será feito duas vezes por semana nos grupos de HIPERDIA.

Qualificação da prática clínica:

- Treinar os ACS e definir periodicidade das consultas vai ser feito na UBS na primeira semana no horário da tarde pela médica da equipe.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Relativas a meta 4.1: Manter registro específico de 100% das pessoas idosas

Monitoramento e avaliação:

- Revisão da qualidade dos registros de prontuário médico será feito pelos médicos e enfermeiras.

Organização e gestão do serviço:

- Atualizar as informações do SIAB, implantar a planilha/registro específico, pactuar registro das informações, definir responsável, vai ser feito com ajuda da recepcionista, dos gestores de saúde, com responsabilidade da enfermeira da UBS e ajuda dos informáticos da prefeitura na primeira semana do curso.

Engajamento público:

- A orientação aos usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário será abordado nos grupos de HIPERDIA duas vezes por semana.

Qualificação da prática clínica:

- O treinamento da equipe para o preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos vai ser feito na segunda semana no horário da tarde.

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

Monitoramento e avaliação:

- O monitoramento para os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa feita pelos médicos e enfermeiras, monitoramento das cadernetas de saúde semanal.

Organização e gestão do serviço:

- A solicitação ao gestor municipal para a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa será responsabilidade da enfermeira da UBS.

Engajamento público:

- A orientação dos idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção será abordado nos grupos de hipertensos e diabéticos duas vezes por semana.

Qualificação da prática clínica:

- A capacitação da equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa vai ser feito na segunda semana no horário da tarde.

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

Relativas a meta 5.1: Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Monitoramento e avaliação:

- O monitoramento do número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência será feito pesquisando em cada uma das consultas feitas ao idoso e mensalmente analisando os registros pelo médico e da enfermeira.

Organização e gestão do serviço:

- A priorização do atendimento aos idosos de maior risco de morbimortalidade será feito pelo médico e enfermeira da UBS.

Engajamento público:

- A orientação aos idosos sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco será feita nos grupos de hipertensão e diabetes duas vezes por semana.

Qualificação da prática clínica:

- A capacitação dos profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa será realizada na segunda semana no espaço de uma hora a tarde.

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

Monitoramento e avaliação:

- O monitoramento do número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice será feito pesquisando em cada uma das consultas feitas ao idoso e mensalmente analisando os registros pelo médico e a enfermeira.

Organização e gestão do serviço:

- A priorização ao atendimento dos idosos fragilizados na velhice será feito pelo médico e enfermeira da UBS que na triagem será já alertado aos recepcionistas.

Engajamento público:

- A orientação aos idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente, será realizado nos grupos de hipertensos e diabéticos duas vezes por semana.

Qualificação da prática clínica:

- A capacitação dos profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice será realizada na segunda semana no espaço de uma hora a tarde.

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

Monitoramento e avaliação:

- O monitoramento da realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS e com rede social deficiente será feito

pesquisando em cada uma das consultas feitas ao idoso e mensalmente analisando os registros pelo médico e a enfermeira.

Organização e gestão do serviço:

- A facilitação no agendamento e a visita domiciliar a idosos com rede social deficiente será feita pelo médico e enfermeira da UBS, pelas enfermeiras da triagem, e pelos ACS duas vezes por semana.

Engajamento público:

- A orientação aos idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na UBS e a estimulação na comunidade sobre a promoção da socialização da pessoa idosa (trabalhos em igrejas, escolas, grupos de apoio...) e do estabelecimento de redes sociais de apoio será realizada de forma multiprofissional com toda a equipe da UBS nos grupos de hipertensos e diabéticos.

Qualificação da prática clínica:

- A capacitação da equipe para avaliar a rede social dos idosos será feita na segunda semana no espaço de uma hora a tarde.

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos.

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

Monitoramento e avaliação:

- A monitorização para a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos e do número de idosos com obesidade / desnutrição será feito com ajuda da nutricionista, revisando os registros mensalmente e com responsabilidade no médico e enfermeira do UBS.

Organização e gestão do serviço:

- A definição do papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis será garantida em reunião de equipe na primeira semana com responsabilidade do médico e enfermeira da UBS.

Engajamento público:

- A orientação aos idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis serão dadas nos grupos de hipertensos e diabéticos e nas visitas domiciliares.

Qualificação da prática clínica:

- A capacitação da 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" e para a orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos acontecerão no horário da tarde na segunda semana pela nutricionista e o médico da UBS.

Relativas a meta 6.2: Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos

Monitoramento e avaliação:

- O monitoramento para a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos e sobre o número de idosos que realizam atividade física regular será feito com ajuda da nutricionista, revisando os registros mensalmente e com responsabilidade no médico e enfermeira do UBS.

Organização e gestão do serviço:

- A definição do papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular e a necessidade de demandar do gestor municipal parcerias institucionais para realização de atividade

física será garantido em reunião de equipe na primeira semana com responsabilidade do médico e enfermeira da ESF.

Engajamento público:

- A orientação aos idosos e a comunidade para a realização de atividade física regular serão dadas nos grupos de hipertensos e diabéticos e nas visitas domiciliares.

Qualificação da prática clínica:

- A capacitação da equipe para orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular acontecerá no horário da tarde na segunda semana pela nutricionista e o médico da UBS.

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

Monitoramento e avaliação:

- O monitoramento das atividades educativas individuais será feito com ajuda da nutricionista, revisando os registros mensalmente e com responsabilidade no médico e enfermeira do UBS.

Organização e gestão do serviço:

- A organização do tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual será garantida em reunião de equipe na primeira semana com responsabilidade do médico e enfermeira da ESF.

Engajamento público:

- A orientação aos idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias será dada nos grupos de hipertensos e diabéticos e nas visitas domiciliares.

Qualificação da prática clínica:

- A capacitação da equipe para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias acontecerá no horário da tarde na segunda semana pela nutricionista e o médico da UBS.

2.3.2 Indicadores

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

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

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

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa.

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

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

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

Indicador: 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: 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: 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: 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 (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Indicador: 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: 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: 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: 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.

Indicadores: 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: 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: 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: 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: 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: 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: 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: 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: 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: 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: 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 no programa de Atenção à Saúde dos Idosos vamos a adotar o Protocolo de Atenção à Saúde dos Idosos do Ministério da Saúde, 2010. Utilizaremos uma ficha espelho fornecida pelo Curso para mantermos agrupadas as informações dos idosos (Anexo C), além disso vamos utilizar uma planilha de coleta de dados com todas as informações que se precisam para quantificar os dos indicadores, para que desta maneira o médico e a enfermeira consigam monitorar os dados da intervenção. Estimamos alcançar com a intervenção 930 idosos, portanto precisaremos deste mesmo total de fichas espelho para idosos.

Para fazer o acompanhamento mensal da intervenção será realizada uma revisão sistemática dos dados pelo médico e enfermeira da UBS de saúde para determinar como vão os indicadores do programa.

Para fazer a organização do registro específico do programa, a enfermeira revisará o livro de registro identificando todos os usuários idosos que vieram para se consultar nos últimos três meses. A profissional localizará os prontuários destes idosos e transcreverá todas as informações disponíveis para esta ficha espelho. Ao mesmo tempo vai realizar o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso, aquisição dos remédios e vacinas em atraso.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidas com a equipe de saúde, e começaremos nossa intervenção fazendo uma capacitação sobre o Protocolo da Atenção à Saúde dos Idosos para que toda a equipe utilize esta referência na atenção aos mesmos. Esta capacitação será feita na Unidade Básica de Saúde, para isto serão reservadas duas horas ao final do expediente no horário utilizado para a reunião da equipe de saúde. Cada membro da equipe será responsável por estudar uma parte do

protocolo e exporá o conteúdo aos outros membros para amenizar a exposição.

Para determinar a logística temos que priorizar cinco eixos principais que serão analisadas de acordo com a necessidade de implantação das medidas necessárias a ação.

A Capacitação dos profissionais da equipe nas atividades relativas ao projeto de intervenção vai incluir: o conhecimento do protocolo de atenção, o uso das fichas individuais, de espelho e acompanhamento, a avaliação clínica de risco, o exame físico específico das lesões de órgãos alvo, uma adequada técnica de realização de toma de pressão arterial e hemoglicoteste, a educação sanitária e atividades de promoção de saúde. Estas atividades serão realizadas no transcurso da primeira semana em quatro sessões diferentes de uma hora de duração depois das 4 horas da tarde, pois desta maneira vamos conseguir a incorporação progressiva das atividades evitando sobrecargas aos profissionais de saúde. Para fazer esta reunião é necessária a autorização da secretaria de saúde para dispor deste tempo o que já foi estabelecido e todos os membros da equipe disponibilizam deste horário para participar da reunião, ainda não foram disponibilizadas as fichas espelhos para a equipe conhecer, pois ainda vai ser mandado um ofício a secretaria de saúde para garantir os equipamentos necessários, as folhas das fichas espelho com todos os dados necessários para monitorar os indicadores do programa.

O acolhimento vai ser realizado pelas técnicas de enfermagem nos dois turnos de atendimento, as quais farão o preenchimento dos dados nas fichas individuais, do grupo e na ficha espelho, encaminhando logo para a consulta de enfermagem ou para o médico os quais realizarão o exame físico e a avaliação final do usuário, e preencherão o resto dos dados que dão uma medida dos indicadores de saúde nos usuários idosos. Para que as técnicas saibam como proceder com os idosos, os médicos vão oferecer no espaço de uma hora na última sexta-feria antes da semana de intervenção, uma capacitação com o protocolo a ser seguido, para isso, precisamos do protocolo de atenção aos idosos que ainda não foi impresso, mas já está sendo pedido ao gestor do município.

Realizaremos atividades de busca ativa de usuários faltosos pelos ACS e visitas domiciliais duas vezes por semana nas diferentes comunidades. Temos uma estimativa aproximada de atender uma média de 30 usuários por dia aproximadamente. Nas buscas dos usuários faltosos o médico não vai estar presente na visita, elas serão feitas pelos ACS e as enfermeiras e estas vão ocorrer sempre que houver a segunda falta a consulta, e a notificação vai ser feita durante as visitas mediante um controle que vai ser levado pelas enfermeiras.

A realização de busca e captação dos usuários nas comunidades e áreas comuns irão nos ajudar a cumprir o sistema de visitas as comunidades em conjunto, iremos as associações comunitárias, semanalmente, onde a nossa equipe vai realizar atividades em grupos e atendimentos individualizados e os ACS levarão os usuários faltosos ou que precisam de avaliação médica, tendo uma expectativa de aproximadamente 15 casos por semana. A equipe dispõe de um veículo só para a atenção a saúde da família, o qual será utilizado para sair as comunidades, tendo como horário as segundas férias de tarde e as quartas férias de manhã. A associação já foi comunicada da presença de um membro da equipe 1 vez por semana, e as diferentes comunidades serão atendidas também nessas visitas para fazer a captação dos usuários.

Para realização de exames complementares, avaliação de saúde bucal, tratamento medicamentoso e atividades educativas individuais, o médico na consulta solicitará os ECG e os exames necessários segundo protocolo de atenção aos usuários idosos os que serão realizados segundo a fila de espera do SUS conseguindo com o gestor municipal um total de 20 exames semanais. Agendaremos a próxima consulta e também a consulta com um odontólogo que o município vai contratar 20 horas por semana para fazer os atendimentos, sendo aproximadamente um total de 2 usuários por dia, e este profissional realizará atividades de promoção de saúde individualmente com os usuários. O gestor está ciente desta necessidade e da intervenção a nossa preocupação é que no final não seja possível ter acesso a esses exames em um curto período de tempo pelas características do nosso município. Já o dentista vai atender na UBS de saúde do Bairro Operário que já existe um consultório odontológico e

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

A nossa intervenção em Saúde dos Idosos completou as 16 semanas de andamento no serviço do posto de saúde central de Nonoai. Esse período foi de muitas mudanças e tropeços que vieram ensinar a todos nós a nos relacionarmos como equipe, trabalho que no início custou muito, mas que com o passar das semanas foi melhorando consideravelmente até conseguirmos certo grau de respeito e confiança.

As capacitações da equipe tiveram lugar na primeira e segunda semana junto com as enfermeiras e os ACS a fim de treiná-los na nova linha de atendimento a ser efetuado com os idosos, ou seja, com as pessoas maiores de 60 anos de idade. A avaliação multidisciplinar rápida foi motivo de discussão pela equipe, pois tem muitas informações para serem investigadas que se gasta muito tempo na triagem dos idosos, mas é imprescindível para o projeto

e faz parte dos indicadores a quantificar. Para facilitar o trabalho foi disponibilizado o Protocolo de Atenção à Saúde dos Idosos do Ministério da Saúde, 2009 nos consultórios médicos e de enfermagem para ser utilizado no momento das consultas pelo profissional.

Como a UBS conta com um grande número de idosos que pertencem a nossa área de abrangência fizemos uma priorização por casos mais vulneráveis para desta maneira garantir a atenção dos acamados e com problemas de locomoção. Para isso, contamos com ajuda dos ACS que são os que estão mais perto dos usuários e conhecem as suas necessidades. No começo a média de visitas domiciliares foi de 8 a 10 por semana e foram feitos no domicílio todos os exames para ter noção de como está a visão, audição, fragilidade capilar e o grau de dependência e necessidade do cuidador logo depois conseguimos aumentar para 15 por semanas obtendo grandes resultados enquanto as mudanças que conseguimos fazer nos estilos de vida das pessoas.

Durante o preenchimento das cadernetas dos idosos notamos que quando eles vêm sem acompanhante, a consulta, na maioria das vezes, eles não sabem nos dizer dados importantes, como o tempo que já tomam remédios, se tiveram alguma queda, se são alérgicos a algum medicamento, quando foi a sua última internação, se fazem os exames complementares com periodicidade, enfim, dados que mostram argumentos valiosos a nossa intervenção coisa que aconteceu ao longo da intervenção toda mesmo sendo preconizado um acompanhante por adultos maior. Neste momento já foram entregues todas as carteiras aos idosos e eles trazem junto em cada encontro com a equipe.

A planilha de coleta de dados dos idosos não oferece a possibilidade de saber qual é especificamente a doença do idoso, pois não dá para distinguir se são hipertensos, diabéticos ou as duas coisas ao mesmo tempo, mas foi bem implementada e retroalimentada sem atrasos. A ficha espelho com todas as informações que contém, achamos que está mais completa do que a planilha de coleta de dados e por sorte conseguimos preencher ela sem dificuldades.

Previamente a consulta, sempre foi feito um acolhimento com esses usuários, além disso, sempre fizemos a aferição da pressão artéria, o teste de HGT, as medidas de peso, altura e temperatura de cada um deles. Os atendimentos clínicos aconteceram organizadamente, de forma integral com o médico e enfermeira na consulta juntos com o usuário, fizemos a escuta e a interrogação para determinar os seus problemas e as soluções possíveis, conseguindo assim aplicar a AMDR a cada usuário e detectar síndromes demenciais, transtornos depressivos e alterações sensoriais. Nesse trabalho, percebemos o grau de satisfação dos usuários com este tipo de atendimento totalmente novo para eles, pois quando se escuta, examina e orienta os usuários, com certeza acontecem mudanças positivas na vida deles.

Os faltosos não foram tantos como esperávamos, ou pelo menos, como a equipe falava no início, mas todos os faltosos, 100% receberam visitas dos ACSs fazendo a busca ativa no dia seguinte ou na mesma semana para saber as causas da falta e tentar recuperar a consulta perdida.

Os registros dos exames foram feitos pelo médico ou enfermeira em cada consulta, sendo registrado na ficha espelho e contribuindo assim a retroalimentação das planilhas, o que aconteceu o tempo todo sem dificuldades.

A nossa demanda na UBS tem diminuído nestas últimas semanas, pois com o trabalho preventivo e educativo os casos agudos e espontâneos têm apresentado taxas menores, pois o nosso tempo para dedicar a intervenção melhorou e agora podemos até pensar em novas estratégias para incorporar ao trabalho.

Os grupos de idosos funcionaram nas diferentes comunidades. Ao início com pouca participação, depois com usuários novos cada vez mais curiosos para ver do que se tratava e todas aquelas ações coletivas que estavam acontecendo, começou a chegar a mais pessoas e até os próprios familiares acompanhavam os idosos para tirar suas dúvidas e aprender a controlar o estresse que é vivenciado pelos cuidadores destes idosos. E nestes espaços onde a equipe de saúde fala sobre os hábitos de fumar, beber álcool, os alimentos saudáveis e não-saudáveis para a saúde, e nessas ações

procuramos mostrar os sintomas e sinais de AVC, infarto agudo e situações nas que não podem ficar na casa e precisam procurar ajuda.

Os atendimentos odontológicos aconteceram com a ajuda dos profissionais da outra UBS do nosso município os quais assumiram este reto de participar dos nossos projetos fazendo os atendimentos dos nossos usuários semanalmente, uma vez atendidos eles enviavam as fichas de atendimento para nos digitar a data da consulta odontológica, além de vir semanalmente a trazer os principais resultados conseguidos com os atendimentos aos idosos, hipertensos e diabéticos.

Belos e excelentes momentos tivemos até hoje, pois não tem nada melhor que fazer parte das emoções do grupo mais experientes da sociedade, nos encontros eles contaram suas histórias, falaram da família e nos agradeceram por facilitar as suas vidas e cuidar deles. Notamos então que são pessoas que precisam de muita atenção, orientação, cuidado e dedicação, e que az vezes não tem ninguém para realizar esse cuidado continuado. Sentimentos de carinho e amor são fundamentais para que eles tenham a perspectiva do autocuidado, pois desta maneira eles sentem uma segurança e proteção que faz com que se sintam à vontade para cuidar da sua saúde.

Na interação com as comunidades foi possível perceber problemas sociais tais como drogas, adultérios, alcoolismo, tabagismo, rebeldia dos adolescentes, coisas que sem dúvidas, estão influenciando na estabilidade das famílias e gerando problemas de depressão e até de insegurança nos lares e por enquanto os mais afetados são os idosos que não são acostumados a este tipo de brigas em casa.

A interação medico-enfermeira dentro das consultas trouxe consigo o bom funcionamento do projeto, de forma que aprendemos a trabalhar em equipe, não só nesse espaço e com esses profissionais, senão com todos os funcionários da equipe em todos os espaços da UBS.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Dentre as ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas estão às reuniões semanais com o secretário da saúde, pois ele só poderia estar presente uma vez ao mês, e nós fazemos reuniões todas as quartas feiras e aí repassamos as informações para a equipe toda.

Um dos nossos maiores problemas foi o combustível e carro que interferiu bastante com as palestras e atividades educativas planejadas nas comunidades, pois não conseguimos chegar para desenvolvê-las. A equipe toda e os usuários sofriam decepções neste aspecto, pois estava tudo planejado e no dia o carro não vinha nos buscar para fazer as atividades. Essa questão tem melhorado há 3 semanas com a exclusividade de um carro para a UBS.

E como dificuldade está a criação de arquivos específicos para guardar as informações dos atendimentos feitos durante o projeto de intervenção, mas já que o nosso município não dispõe de recursos suficientes para cumprir com algumas metas do projeto, resolvemos adotar medidas pela nossa conta para solucionar o problema, e criamos o nosso próprio arquivo manual, organizado por data de consulta para conseguir continuar o projeto e não perder a ordem dos agendamentos.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Felizmente, neste aspecto não tivemos grandes dificuldades, pois nunca até agora deixamos de alimentar os dados as planilhas de coleta de dados semanalmente, mas embora procuramos fazer isso sempre, tem algumas que não conseguimos fechar com todos os usuários, pois ficamos esperando os exames complementares que demoram muito para chegar. Algumas vezes, no fechamento e o cálculo dos indicadores, não dava certo por esquecimento de algum dado no preenchimento, mas ao fazer uma revisão dos dados, conseguíamos encontrar onde estava o erro e corrigíamos.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina do serviço

Certamente depois da grande repercussão positiva que temos tido após estas 16 semanas de intervenção, a tendência é estender este tipo de atendimento para a população, fazendo medicina preventiva e assim tentando reduzir cada dia mais os agravos agudos e diminuir a demanda espontânea na nossa UBS.

A interação equipe-comunidade demonstrou para todos o quanto são vulneráveis os nossos usuários, mas também o quanto podemos fazer para mudar as suas vidas por meio da nossa educação em saúde. O projeto de saúde fez sucesso, tem total condições de ser incorporado a rotina do serviço e acreditamos que mantendo esta rotina com todos, a qualidade de vida dos Nonoaienses vai melhor bastante.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A nossa intervenção buscou melhorar a atenção à saúde das pessoas idosas da área de abrangência da UBS Nonoai. Nossa equipe é responsável por uma população de 6.815 pessoas. Destas 930 são maiores de 60 anos, segundo estimativas do Caderno de Ações Programáticas que foi utilizada como base para os cálculos dos indicadores da Planilha Coleta de Dados.

Trata-se de um público volumoso e que estava precisando de melhoria da atenção. O resultado da intervenção apresenta dados satisfatórios em nossa área de atuação, pois a partir dos indicadores avaliados, obtivemos melhora progressiva ao longo de todas as semanas; demonstrando assim o comprometimento da equipe em melhorar a cobertura do programa e o atendimento ao usuário ao longo de cada mês.

Antes do início da intervenção, a meta de cobertura estimada para o Programa de Atenção aos Idosos foi 100% contando para este tempo com atingir 930 usuários, como no decorrer da intervenção morreram três usuários a gente considerou 100% com os outros 927. Conforme é possível observar na figura 1, essa meta foi alcançada. O número total de idosos com 60 anos ou mais acompanhados no programa de atenção à idosos residentes na área de abrangência da equipe, em cada mês da intervenção foi, respectivamente, 232 (24,9%), 464 (49,9%), 694 (74,6%) e 927 (100%).

O indicador de cobertura do programa de atenção aos usuários idosos nos permite conhecer cada pessoa, sabendo melhor como se encontra sua saúde. O trabalho em equipe bem organizado e com ajuda dos gestores e da própria população contribuiu para alcançar este resultado.

Figura 3: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde Nonoai. Nonoai/RS, 2015.

Para os indicadores de qualidade, foram estabelecidas metas de 100%. No programa de atenção à saúde dos idosos o número de usuários que

realizaram avaliação multidisciplinar rápida em dia ao longo da intervenção foi de 100% ao longo dos 4 meses (232, 464, 694 e 927), foi uma meta que atingimos sem dificuldades graças ao empenho da equipe toda.

No programa de atenção à saúde dos idosos o número de usuários que realizaram exame clínico apropriado em dia ao longo da intervenção, foi excelente conseguindo atingir a meta dos 100% ao longo dos 4 meses, essa meta foi planejada e executada sem dificuldades em todos os meses da intervenção. Foram atendidos e examinados no primeiro, segundo, terceiro e quarto mês 232, 464, 694 e 927 usuários respectivamente.

A proporção de idosos hipertensos e ou diabéticos com exames complementares periódicos em dia no primeiro mês foi de 100%(196), no segundo mês e devido ao trabalho atrasado do laboratório pelo SUS na nossa cidade, só atingimos o 99,5% (380), no terceiro 99,5% (582), e no quarto mês 99,6% (808) (Figura 4). Neste momento encontra-se nas mãos da prefeitura e da secretaria de saúde acelerar o ritmo das marcações de exames para conseguir cumprir com o nosso trabalho. A meta não foi cumprida 100%, mas com a continuidade do trabalho, vão continuar chegando os usuários com exames feitos.

Figura 4: Proporção de idosos hipertensos e ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia. Nonoai/RS, 2015.

Quanto à prescrição de medicamentos da farmácia, a figura 5 mostra que no primeiro, segundo, terceiro e quarto mês, o número de idosos com prescrição de medicamentos da farmácia popular foi, respectivamente, 188 (81,0%), 369 (79,5%), 569 (82,0%) e 792 (85,2%). Esses percentuais ficaram estáveis em boa parte da intervenção porque o uso de farmácia popular/hiperdia ainda é um problema que deve ser resolvido em conjunto com os médicos mais experientes e antigos que trabalham no município e indicam medicamentos que não são genéricos, e que os usuários não podem conseguir nas farmácias popular e às vezes nem conseguem comprar devido ao valor. Acredito que é necessário fazer um trabalho de conscientização com a comunidade, para que eles possam ir mudando a forma de pensar, principalmente dos mais idosos, que em percentual alto consomem medicamentos comerciais.

Figura 5: Proporção de idosos com prescrição de medicamentos de farmácia popular priorizada. Nonoai/RS, 2015.

Quanto à proporção de idosos cadastrados acamados ou com problemas de locomoção posso dizer que foi uma meta cumprida 100% pois no primeiro, segundo, terceiro e quarto mês, 13, 26, 39 e 55 usuários idosos respectivamente foram cadastrados e todos eles que estavam acamados ou com problemas de locomoção receberam a visita domiciliar.

Quanto à proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta tivemos como meta alcançar 100%. Foi uma meta alcançada 100% sem dificuldade nos 4 meses (232, 464, 694 e 927), tivemos muito bons resultados graças ao trabalho que foi feito pelas enfermeiras da UBS na triagem de cada usuário.

Os idosos hipertensos rastreados para diabetes com meta em 100% no primeiro mês somaram 46, no segundo 73, no terceiro 105 e no quarto 143 cumprindo com 100% dos usuários verificados com pressão arterial maior de 135 e 80 mmhg. Essa meta foi alcançada sem muitas dificuldades graças a trabalho em equipe e com ajuda das enfermeiras que faziam a verificação da pressão arterial e sempre que necessário já fazia o encaminhamento para o rastreamento.

A avaliação da necessidade de atendimento odontológico aos usuários idosos nos 4 meses da intervenção foi de 100% (232,464, 694 e 927) respectivamente. Graças ao desempenho da equipe toda, conseguimos avaliar todos os participantes do programa enquanto a este importante indicador de saúde bucal.

Mesmo que a avaliação da necessidade de atendimento odontológico aos usuários idosos nos quatro meses tenha sido de 100%, o indicador proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática não foi cumprido pela falta de profissionais da área da odontologia para assumir a responsabilidade do programa, desta maneira, de acordo com a figura 6, no primeiro mês tinham sido acompanhados em consulta odontológica 47,4%(110), no segundo mês devido a ajuda de outra UBS conseguimos atingir o 56,7%(263), no mês seguinte atingimos o 67,1% (466) e no último mês

72,8% (675)(Figura 6). A maior dificuldade para este indicador foi à dificuldade de mobilizar os idosos com problemas de locomoção da nossa UBS para outra mais longe, mas com a continuidade do programa inserido a rotina normal da UBS vai conseguir levar os especialistas até os domicílios quando se fizer necessário.

Figura 6: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programada. Nonoai/RS, 2015.

A meta de adesão à proporção de idosos faltosos a consulta que receberam busca ativa foi planejada para 100% de cumprimento e conseguimos esse resultado como produto do nosso trabalho continuado e conseguimos sem dificuldades, atingindo os 100% nos quatro meses com quantia de 35, 60, 72 e 83. Este indicador foi aumentando em número, pois os usuários deixavam de assistir as consultas por motivos diversos que às vezes não tinham sentido e depois na busca ativa se arrependiam de não ter ido. Essas buscas ativas foram feitas sempre no dia seguinte para conseguir saber as causas da falta mais verdadeiras possíveis. Na verdade, apesar de ter sido um número grande de idosos faltosos a consulta, a equipe esperava que fosse maior pelas características do povo gaúcho de Nonoai que não gosta de estar nas UBS.

Na meta de registro, a proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia foi planejada para 100% de cumprimento. Essa meta foi alcançada em todos os meses com um total dos usuários atendidos pelo programa de 232, 464 694 e 927 usuários. Conseguimos bons resultados como produto do nosso trabalho continuado e em equipe; a atualização diária dos registros e a revisão semanal dos mesmos favoreceu que não existiram atrasos no preenchimento das fichas.

A proporção de idosos com caderneta de saúde da pessoa idosa foi de 100% de cumprimento todos os meses (232, 464, 694 e 927). Esse resultado foi registrado graças a capacitação dos profissionais para o seu preenchimento, hoje todos os idosos de Nonoai portam uma caderneta de saúde e trazem junto em cada consulta.

Como meta de proporção dos idosos com avaliação de risco para morbimortalidade, fragilização na velhice e com avaliação de rede social em dia

dos idosos da área de abrangência foi planejada para 100% de cumprimento para esses três indicadores. Por termos feito um trabalho continuado em equipe e dedicado alcançamos a proporção de 100% (232, 464, 694 e 927) nessas três avaliações de risco.

Como meta de promoção de saúde dos idosos de risco da área de abrangência foram realizadas ações educativas com a intenção de garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% (232, 464, 694 e 927) dos idosos, foi cumprida sem dificuldades no decorrer da intervenção conseguindo estes bons resultados com a ajuda da nossa nutricionista e de toda equipe em cada atividade e nas consultas com os usuários.

Da mesma forma, também foram realizadas ações educativas com a intenção de garantir a 100% dos usuários idosos orientações em relação à prática de atividade física regular alcançando 100% (232, 464, 694 e 927) nos 4 meses da intervenção. Desde o primeiro mês, o número de usuários idosos foi educado neste importante aspecto, para que pudéssemos garantir uma melhor qualidade de vida para eles, foi uma meta alcançada mesmo não tendo educadores físicos para ajudar.

Diante da importância de manter uma boa higiene bucal e que 100% dos usuários idosos precisam de orientações de como fazer para manter uma boa higiene bucal, foi que durante as ações de atividades coletivas abordamos essa orientação, tendo a participação no primeiro mês de 47,4%(110) usuários residentes na área de abrangência da unidade de saúde com orientação sobre higiene bucal, no mês dois foi de 56,7% (263), no terceiro mês de 67,1%(466) e no quarto mês 72,8%(675), conforme a figura 7. Esta foi, portanto, uma meta não alcançada, mas era sabido pela equipe que não íamos conseguir em tempo alcançar ela, pois no começo da intervenção não tínhamos consultório odontológico e agora mesmo não tendo, conseguimos um local na outra UBS para priorizar este tipo de atendimento para os nossos idosos. Como o projeto já tem continuidade dentro da rotina do posto de saúde, os usuários que ficaram sem a primeira consulta odontológica e por tanto sem este tipo de orientação individual sobre cuidados da higiene bucal ainda vão ser atingidos e orientados.

Figura 7: Proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia. Nonoai/RS, 2015.

4.2 Discussão

Com a intervenção realizada focando os indivíduos idosos, acredito mesmo que conseguimos alcançar valores muito interessantes em relação à cobertura destes usuários. Atingimos a meta de 100% dos idosos cadastrados na área de abrangência. Alcançamos ainda excelentes valores em relação aos exames clínicos em dia, assim como também na avaliação multidisciplinar rápida em dia, orientação nutricional sobre alimentação saudável, orientação em relação à prática regular de atividade física, orientação sobre os riscos do tabagismo e orientação sobre higiene bucal aos usuários idosos e conseguimos atingir o 100% dos usuários; em cadastro de idosos acamados ou com problemas de locomoção, idosos com verificação da PA na última consulta, idosos hipertensos rastreados para diabetes e na busca ativa dos faltosos. Isso mostra o quanto a equipe se empenhou para que conseguíssemos a inclusão de muitos idosos sendo cuidado em nossa UBS.

Muitos fatores positivos conseguimos alcançar com a intervenção, contribuindo assim para a dinâmica da UBS, desde a porta de entrada, triagem e orientações. A intervenção, em nossa UBS propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos idosos, assim como apresentou melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para a ampliação dos exames laboratoriais, eletrocardiograma, a realização do teste de glicemia na hora da consulta e avaliação de risco cardiovascular. Apresentamos uma atenção redobrada na hora de classificar os usuários como de alto risco e aqueles com cifras de pressão e glicose alta.

A intervenção foi realizada com muito cuidado para que toda a equipe pudesse estar envolvida no processo de trabalho durante toda a intervenção, e assim, exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do

Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e Diabetes, tendo que fazer uso do manual e antes ter estudado para que todos fizessem uso e utilizassem o mesmo protocolo de atendimento. Esta atividade promoveu o trabalho em equipe dos médicos, das enfermeiras, das técnicas de enfermagem, ACSs, nutricionista, dentista e recepcionista.

Os médicos tiveram o maior contato com os usuários participantes da intervenção, nós que durante o atendimento clínico descrevíamos a evolução do tratamento que os usuários estavam fazendo, registrando tudo no sistema de informação. As técnicas de enfermagem em conjunto com auxiliares e ACSs foram as responsáveis de transmissão das informações através de algumas atividades coletivas que foram feitas pelos médicos, mas como nem toda a população da área participavam das ações, eram elas que com folders completavam a atividade para o restante do grupo durante as visitas domiciliares e também foram de extrema importância para fazer as buscas ativas aos faltosos. Isto acabou tendo impacto também em outras atividades do serviço, pois depois de cada avaliação do risco, os usuários que precisavam de ajuda para uma dieta mais especializada foram encaminhados para a nutricionista da UBS que tinha um espaço em sua agenda para os usuários do programa, como também os dentistas trabalharam em conjunto durante toda a intervenção, pois estavam sempre dispostos a priorizar o atendimento aqueles usuários que estavam sendo acompanhados no Programa.

As enfermeiras passaram por um treinamento e conhecimento do manejo das doenças do programa para poder transmitir para resto da equipe os fatores de risco das doenças mais frequentes nos idosos, o correto uso da ficha espelho e o próprio manejo com os usuários de alto risco que tem prioridade de atendimento. A recepcionista foi responsável por organizar os usuários que estavam chegando e que precisavam passar pelo acolhimento antes de consulta médica, esse acolhimento era feito por uma enfermeira e uma técnica de enfermagem. Para os usuários que não conseguiam chegar até a UBS por causa da idade ou dificuldade de locomoção, as ACSs marcavam as visitas domiciliares e os médicos faziam a avaliação no próprio domicílio e dependendo da necessidade fazíamos o encaminhamento para que outro

profissional da saúde fosse a avaliar esse usuário, de forma a tentar ajudar e que toda equipe se unisse nesse propósito.

Antes da intervenção as atividades de atenção aos idosos eram na maior parte concentradas nos médicos; aqueles usuários mesmo que tivessem pressão arterial alterada ou idade muito avançada, deviam esperar igual a qualquer outro para ser atendido pelo médico e ser medicado. Os médicos fazíamos a visita domiciliar, desses alguns regressavam, outros não, e não tinha ninguém responsável em fazer a busca ativa aos faltosos, ficava sempre pendente até que chegou ao nosso serviço a intervenção em saúde. Dessa forma, a intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção à um maior número de pessoas, de forma que todos da equipe participaram e não deixamos ninguém sobrecarregado com muitas atribuições. A melhoria do registro e o agendamento dos idosos viabilizaram a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea. A classificação de risco dos idosos tem sido crucial para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos. Os conhecimentos adquiridos pela equipe já mostram resultados positivos e está sendo colocado em prática e usado para uma melhor organização na UBS, inclusive na atenção de outras doenças ainda não protocolizadas. Os usuários que chegam com exames laboratoriais com alguma alteração, as equipes do acolhimento já identificam e comunicam ao médico responsável pelo atendimento. A população idosa faz parte de um percentual alto como população de 60 anos e mais, a maioria das famílias tem pelo menos um integrante idoso, e assim facilita que os ACSs fiquem mais perto dessas famílias cadastradas no programa.

O impacto da intervenção nas comunidades já foi bem reconhecido, o maior exemplo é nas visitas domiciliares, pois as pessoas ficam olhando que os mais idosos são visitados nas casas e em cada atividade educativa em grupos, falamos dos fatores de risco e percebemos que eles gostam de saber mais sobre suas doenças e assim eles já percebem os benefícios do programa. Os idosos hipertensos e diabéticos já demonstram satisfação com a prioridade no atendimento, porém a recepcionista e as agentes de saúde sempre alertam sobre importância dos agendamentos. Durante esses 4 meses, tivemos uma

boa cobertura, e a cada dia a ampliação da cobertura do programa de atenção aos idosos é maior.

Hoje, com os resultados analisados já, toda a equipe reconhece a importância que a intervenção teve e todos temos interesse em dar continuidade, mas reconhecemos que a intervenção poderia ter sido facilitada se desde a análise situacional se todos tivessem se comprometido em ajudar a intervenção como fizeram do meio para o final da mesma. Também seriam mais firmes as solicitações de ajuda à secretaria de saúde, cobrando os insumos que temos direito para uma intervenção adequada. Teria sido muito mais fácil o desenvolvimento de algumas tarefas se cada um reconhecesse o que deveria ser feito, pelo conhecimento alcançado trabalhando nas bases dos problemas já apresentados. Hoje na nossa UBS, a população e a equipe temos conhecimento da importância em continuar e expandir esse trabalho, apresentando condições materiais e humanas em dar continuidade, e dessa forma incorporar a intervenção a rotina do serviço, e unidos criar as condições para superar algumas das dificuldades encontradas.

A intervenção será incorporada a rotina do serviço. Devemos fazer algumas mudanças em ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação ao uso de medicação que não é priorizada da farmácia popular, pois ainda existe a mentalidade que os remédios da UBS não fazem o efeito dos outros pois são genéricos, para isso vamos trabalhar para que os médicos passem aos usuários credibilidade nos medicamentos genéricos do programa Hiperdia. Em conjunto com os gestores, vamos solicitar melhorias quanto a disponibilidade de carros para movimentar a equipe e os dentistas para as visitas domiciliares a usuários que não conseguem se locomover até a UBS.

A partir dos próximos meses, já contamos com a disponibilidade da equipe de saúde bucal para se deslocar conosco até a área e fazer visitas domiciliares, onde começaremos as visitas aos mais idosos e aqueles que não conseguem se locomover até a UBS.

Desta maneira podemos perceber que a intervenção foi bem aceita e tem produzidos bons frutos com os usuários que tem uma idade avançada. Diante desses resultados positivos, temos boas intenções que nosso projeto se

espalhe também a outras Unidades e que possamos ter uma melhor saúde na nossa comunidade.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezado Secretário Municipal de Saúde:

Na nossa Unidade Básica de Saúde de Nonoai foi desenvolvido um projeto de intervenção no período de 16 semanas nos meses de fevereiro ao maio de 2015, com o objetivo geral de melhorar a atenção à saúde das pessoas idosa na UBS Nonoai, Nonoai/RS. A realização deste trabalho foi por meio da especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas. A nossa equipe escolheu o foco da saúde nas pessoas idosas por ter considerado baixa a cobertura deste grupo populacional e achar bem interessante dedicar-se ao cuidado dos que viveram mais e ajudar seus familiares a lidar com ele, além de que percebemos que não tínhamos um programa de atendimento adequado ao acompanhamento desta parte da população e nos dando a oportunidade de avaliar o seu comportamento no nosso município.

Para começar fizemos uma análise situacional onde demonstramos a necessidade de seguir os protocolos do Ministério da Saúde de Atendimento à Saúde das pessoas Idosas do ano 2010 além do Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2007. Para cumprir com o nosso objetivo foi recomendado um conjunto de metas com prazo de cumprimento e cronograma de execução durante 16 semanas.

A equipe no início da intervenção não queria se responsabilizar pelo trabalho como planejado e foi difícil mesmo demonstrar para eles a importância de contemplar um atendimento de qualidade a estes usuários, mas com o passar das semanas todos demonstraram união no trabalho para dar solução as dificuldades apresentadas com o fim de elevar a qualidade da saúde de nosso povo. No decorrer das 16 semanas, conseguimos uma adesão de 100% (927) usuários ao programa, os quais foram atendidos segundo foi preconizado no protocolo para realização de exames clínicos e laboratoriais, que fazem parte do mesmo, os outros três usuários mencionados desde o início da intervenção morreram no segundo e terceiro mês pelo que decidimos fechar o 100 % em 927. Problemas com a agilização dos exames foram resolvidos no andamento da intervenção criando novas estratégias que garantissem a avaliação dos exames e ter uma noção da realidade dos nossos idosos hoje.

Enquanto as metas, a maioria foi alcançada ao 100 % como por exemplo avaliação multidisciplinar rápida em dia, exame clínico apropriado, cadastramento e visitas domiciliares dos idosos acamados ou com problemas de locomoção, verificação da PA na última consulta, hipertensos rastreados para diabetes, avaliação da necessidade de atendimento odontológico, registro em ficha espelho, caderneta de saúde da pessoa idosa, orientação nutricional para hábitos saudáveis e orientação sobre prática de atividade física regular; e os resultados alcançados mostram o aumento da cobertura para os idosos sendo fruto de um trabalho bem organizado e humanizado; o programa hiperdia/farmácia popular não foi uma meta possível de alcançar, pois além do trabalho em conjunto da equipe de saúde, faltou o envolvimento e total interesse de alguns dos médicos do município para evitar a indicação de medicamentos de origem comercial e incentivar o uso daqueles remédios da farmácia popular.

Hoje nos orgulhamos por conseguimos ampliar algumas metas com esse grupo sendo que contamos com uma cobertura de atenção ao usuário idoso de 100% (927). Temos 99,6% (808) usuários idosos hipertensos e diabéticos com exames complementares em dia. Dos faltosos as consultas, 100% tiveram a busca ativa realizada e todos que foram consultados, tiveram sua fragilização para a velhice avaliada. Cada dia vamos avançando de forma a atingir um maior número de usuários e levar para frente o nosso trabalho atual.

Como um desafio muito importante está a manter o trabalho que desenvolvemos até agora, e até melhorá-lo se possível, isto a nossa equipe reconhece e conta com a força para fazê-lo. Aproveitamos para agradecer o apoio incondicional da secretaria da saúde estando comprometidos em melhorar os níveis de saúde do nosso município. Podemos dizer que contamos hoje com os recursos humanos necessários para levar adiante nossa tarefa com ajuda de toda a equipe e com a comunidade.

Nosso atendimento além de ser centrado no agendamento para os atendimentos pelo programa é também de demanda espontânea e de urgências. O fato de diminuir com cada consulta, os riscos, e fazer uma saúde preventiva e não curativa, são a nossa prioridade.

Toda a equipe ficou muito grata com o apoio dado pela secretaria de saúde, gestor municipal e todos os usuários que colaboram durante a intervenção nas mudanças dos estilos de vida, e a possibilidade de trazer mais saúde para a nossa comunidade. Futuramente a nossa meta é incorporar outros programas para levar atenção integral e especializada aos outros grupos da nossa área de abrangência. Para nós todos, foi muito importante as tarefas desenvolvidas até hoje e ficamos honrados pelas mudanças positivas na atenção básica de saúde além de estarmos sempre dispostos a trabalhar junto com a gestão de saúde, para conseguir exclusivamente a melhoria da Atenção Primária. Por estes motivos expostos, necessitamos do apoio, participação, reconhecimento e a cobrança de todos envolvidos frente aos gestores municipais para formar uma sociedade engajada nos seus direitos e com uma melhor oferta de serviços brindada pelos profissionais da saúde para o povo em geral.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezados usuários da UBS Nonoai:

A nossa equipe de saúde fez um trabalho de intervenção depois de conhecer os principais problemas de saúde que afetam a população de nossa área de abrangência, e resolveu trabalhar com as pessoas idosas. O objetivo deste trabalho foi melhorar o atendimento a este grupo populacional segundo recomendação do Ministério da Saúde. No começo, fizemos um levantamento de todas as pessoas idosas para manter os dados bem atualizados. O acolhimento foi realizado por todos os membros da equipe, os quais antes precisaram passar por uma capacitação sobre todas as metas estabelecidas no projeto e conhecer qual era o papel a ser desempenhado por cada um deles.

Durante os atendimentos foram atualizados os dados dos medicamentos que são consumidos, se falou sobre o uso dos medicamentos da farmácia popular para quebrar aquela história de que os médicos não confiam nos medicamentos genéricos, falamos sobre os fatores de fragilização para a velhice e indicamos os exames preconizados pelo Ministério da Saúde para aqueles que além de ser idosos eram também hipertensos e diabéticos. Adotamos como conduta agendar as consultas, para que eles tivessem a possibilidade de ser atendidos sem ter que esperar muito tempo, facilitando assim o nosso relacionamento no momento da acolhida na nossa Unidade de Saúde.

Ao realizarmos estas atividades conseguimos atender em 4 meses 927 pessoas com média de mais de 58 consultas por semana. Os objetivos mais importantes foram avaliar a fragilização para a velhice, medir as taxas de pressão arterial, orientar os nossos idosos quanto à alimentação saudável e a prática de exercício físico, promovendo melhorias no estilo de vida. Como produto deste trabalho conseguimos identificar melhor as pessoas idosas e as que gostariam de fazer atividades educativas em grupos para garantir a

promoção e prevenção de saúde, e assim melhorar a qualidade de vida e longevidade dos usuários.

A nossa Unidade de Saúde é contemplada com boa estrutura física e recursos para realização não só de atendimento médico, como também, de uma equipe multidisciplinar para proporcionar saúde, composta por nutricionista, assistente social, e toda equipe de apoio que fica sempre unida para todas as tarefas, e foi neste projeto de intervenção que demonstramos nossas atividades.

As pessoas idosas colaboraram e se mostraram responsáveis pelos ótimos resultados obtidos, já que compareceram às consultas agendadas e tiveram maior interesse por um atendimento de qualidade, nós como equipe, ficamos felizes com a atitude de todos vocês.

Nossos objetivos foram alcançados e vamos demonstrar os resultados para a gestão municipal, para conseguir expandir este tipo de trabalho para os demais programas recomendados pelo Ministério da Saúde. Pedimos a colaboração da comunidade na adesão aos programas realizados pelos profissionais da equipe, que sempre tem como objetivo elevar os níveis de saúde da nossa população. Em conjunto com a comunidade podemos manter várias atividades, mas para garantir a constância delas, necessitamos do apoio, participação, reconhecimento e a cobrança de todos envolvidos frente aos gestores municipais para ter cada vez mais uma sociedade que se engaja nos seus direitos e luta pela melhoria dos serviços da atenção à saúde.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

O desenvolvimento do projeto ao longo deste período me permitiu crescer como profissional e indivíduo. Ao início do curso, minhas expectativas enquanto ao curso de especialização em saúde da família eram que iria me ajudar a conhecer não somente as principais doenças e grupos de riscos presentes aqui em Nonoai, como também todas as condições de saúde pública que o meu projeto de intervenção iria abordar na minha comunidade para melhorar a saúde da população alvo e em geral.

Para minha prática profissional posso dizer que o curso me ajudou a melhorar a língua portuguesa, que tem uma grande influência na comunicação com os usuários e também me ajudou muito na hora de escrever, facilitando a leitura dos protocolos preconizados pelo Ministério da Saúde do Brasil. A intervenção contribuiu com a experiência de viver um trabalho em equipe, o que difícil no início, mas em união foi caminhando para o final, onde todos ajudaram a fortalecer o trabalho. Antes de começar o nosso projeto de intervenção todos trabalhávamos de forma desorganizada, mas, mediante o desenvolvimento da intervenção, aprendemos a fazer as divisões das tarefas, e assim, cada profissional ficou com uma responsabilidade e juntos fomos capazes de demonstrar uma grande capacidade de trabalhar em equipe e o trabalho tornou-se bem mais produtivo. Conseguimos nos programar e realizar as visitas domiciliares, e assim, conhecemos a realidade que vivem os nossos usuários, as condições de vida verdadeiras das pessoas da nossa área de abrangência, como se alimentam, onde é que moram, coisas tão importantes para conseguir entendê-los e compreender a situação geral em que estão inseridas, e dessa forma consegui conhecer a população que frequenta a UBS.

Já em fase de conclusão do projeto de intervenção posso sentir que as minhas expectativas foram cumpridas e até superadas. Consegui conhecer os principais problemas de saúde da minha área de abrangência e pude contribuir para a melhoria nos atendimentos, principalmente em relação aos exames clínicos e laboratoriais, assim como atuar sobre os fatores de risco que afetam os usuários idosos. Sinto que consegui cumprir de forma positiva a função da atenção primária em relação ao meu grupo de intervenção.

Aprendizados que adquiri do curso me acompanharão ao longo da prática clínica. Agora sei que o atendimento na UBS precisa de um envolvimento maior que vai além do consultório médico, necessitamos mostrar carinho para com os nossos usuários ensinando não só o lado médico e sim o lado humanista da gente, para que se sintam confiantes e nos permitam “cuidar” sempre deles. Comprovei também neste tempo que não adianta ter todos os recursos, se não existir uma equipe concentrada em fazer acontecer à intervenção, sempre com disciplina para alcançar os objetivos.

Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília, 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Infográficos: dados gerais do município.

Disponível em:

<http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=431270&search=rio-grande-do-sul%7Cnonoai%7Cinfograficos:-dados-gerais-do-municipio&lang=o>.

Acessado em: 05/11/2014

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

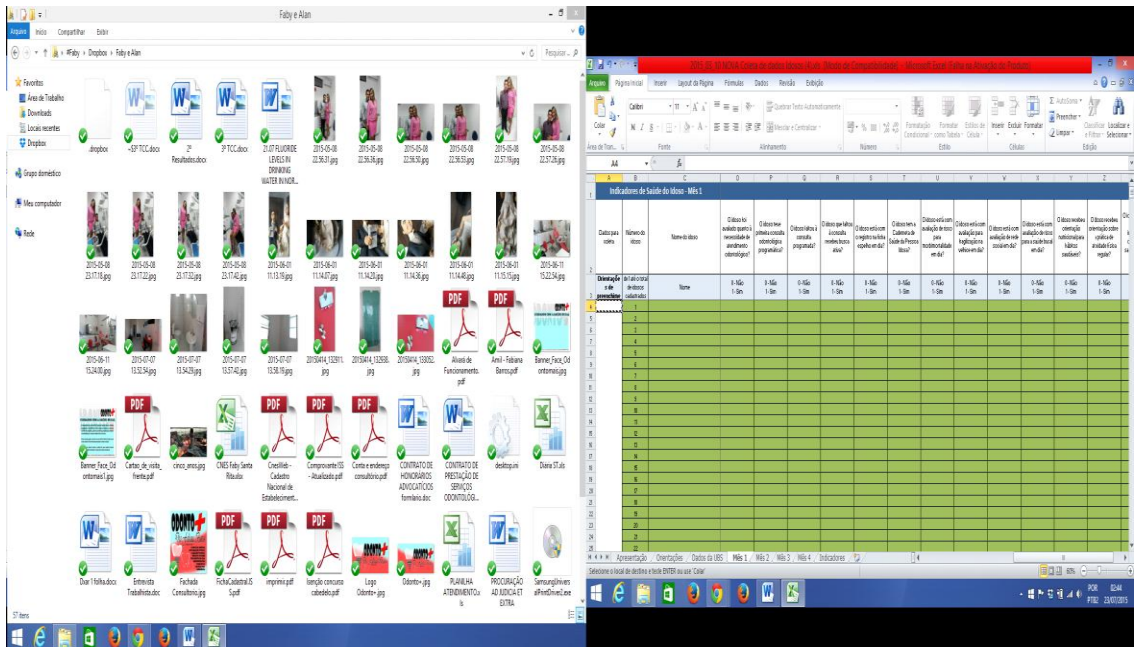
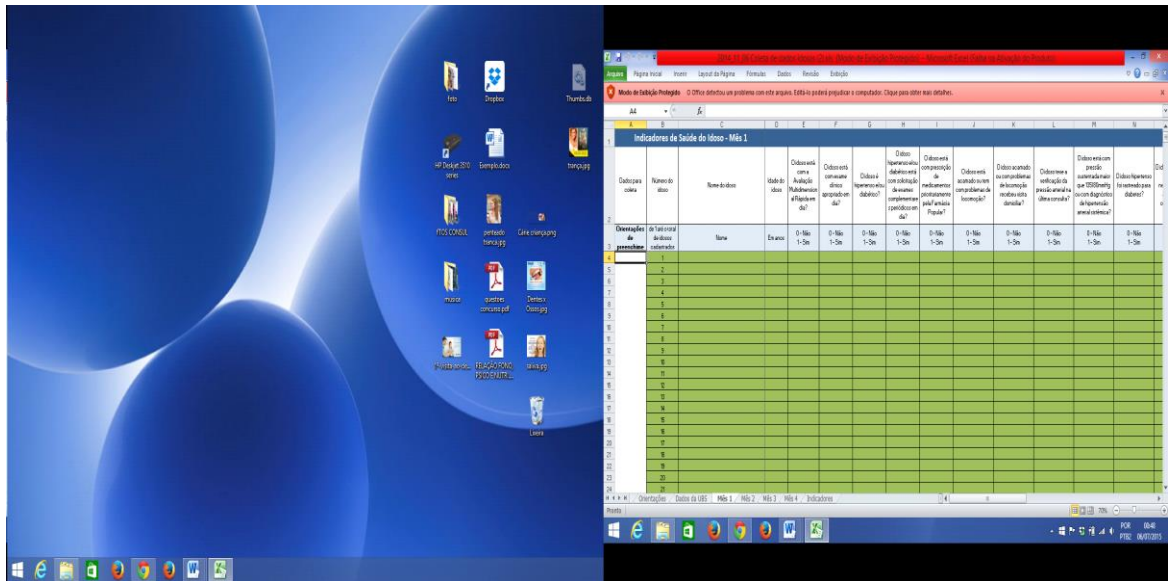
Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo B - 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