

**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 da Pessoa Idosa na UBS Wolff, Tapes/RS

Natalia Vielma Palacios

Pelotas, 2015

Natalia Vielma Palacios

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na UBS Wolff, Tapes/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.

Orientador: Luzane Santana da Rocha

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

P153m Palacios, Natalia Maria Vielma

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na UBS Wolff, Tapes/RS / Natalia Maria Vielma Palacios; Luzane Santana Da Rocha, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

76 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. Rocha, Luzane Santana Da, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

A Deus por sempre estar ali fortalecendo-me. A
minha filha Renata Anabella por chegar e encher-me
de força

Agradecimentos

A Orientadora Luzane Santana da Rocha meu especial agradecimento pelo tempo e dedicação e a minha equipe de saúde agradeço sua ajuda em todo momento.

Resumo

PALACIOS, Natália Vielma. **Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na UBS Wolff, Tapes/RS**. 2015. 76f. 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.

A Intervenção como foco a saúde do idoso foi motivada pelo elevado índice de envelhecimento no município, o que exige uma maior qualificação por parte dos profissionais para a atenção aos idosos, embasada nos protocolos do Ministério de Saúde bem como, uma mudança na percepção dos profissionais da saúde e da população sobre o envelhecimento. Esse trabalho tem como objetivo principal melhorar a atenção à saúde do idoso na UBS Wolff do município Tapes/RS. A intervenção foi realizada no período de dezesseis semanas, utilizando como instrumentos a ficha espelho para cada usuário e uma planilha de coleta de dados mensal. Foi realizada uma análise dos dados coletados, e os resultados revelaram que apenas 37% dos usuários eram acompanhados, assim, foram incorporados ao programa 249 idosos, com 62.3% de cobertura da atenção. Destaca-se que 99.6% dos idosos tiveram avaliação multidimensional rápida, 94% exame clínico apropriado em dia, 100% com solicitação de exames complementares periódicos em dia para os hipertensos e/ou diabéticos. Vale destacar que 100% dos idosos cadastrados receberam prescrição de medicamentos da Farmácia Popular. Identificamos também que 100% dos idosos tiveram verificação da pressão arterial na última consulta e todos os idosos hipertensos foram rastreados para diabetes. Quanto à necessidade de atendimento odontológico e com primeira consulta odontológica programática alcançamos 100% dos usuários avaliados. Todos os usuários estudados estão com avaliação para fragilização na velhice e de rede social em dia. Quanto às atividades de promoção da saúde, 100% dos idosos receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, sobre a prática regular de atividade física, e 98.8% sobre higiene bucal. Com a implementação da ação programática garantimos uma abordagem integral e multifatorial aos idosos baseados em ações de promoção e prevenção da saúde, o que possibilitou a avaliação funcional destes usuários, garantindo e melhorando sua qualidade de vida, assim como um envelhecimento ativo e mais saudável nesta faixa etária.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Capacitação da Equipe	50
Figura 2	Reunião com a comunidade	51
Figura 3	Grupos de Educação em Saúde com a comunidade	52
Figura 4	Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na UBS Wolff Tapes/RS, 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPel, 2015	55
Figura 5	Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia na UBS Wolff, Tapes/RS, 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPel, 2015	55
Figura 6	3: Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia na UBS Wolff, Tapes/RS, 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPel, 2015	56
Figura 7	Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar na UBS Wolff, Tapes/RS,2015. Fonte: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPel, 2015.	57
Figura 8	Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar na UBS Wolff, Tapes/RS,2015. Fonte: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPel, 2015.	58
Figura 9	Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar na UBS Wolff, Tapes/RS,2015. Fonte: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPel, 2015.	59
Figura 10	Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia na UBS Wolff, Tapes/RS,2015. Fonte: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPel, 2015.	60
Figura 11	Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia na UBS Wolff, Tapes/RS,2015. Fonte: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPel, 2015	61
Figura 12	Proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia na UBS Wolff, Tapes/RS,2015. Fonte: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPel, 2015.	63

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
CAP	Caderno de Ações Programáticas
HIPERDIA	Programa de Hipertensão e Diabetes
NASF	Núcleo de Apoio à saúde da Família
PA	Pressão Arterial
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	Erro! Indicador não definido.
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	16
2 Análise Estratégica	16
2.1 Justificativa	Erro! Indicador não definido.
2.2 Objetivos e metas	18
2.2.1 Objetivo geral	18
2.2.2 Objetivos específicos e metas	18
2.3 Metodologia	20
2.3.1 Detalhamento das ações	20
2.3.2 Indicadores	42
2.3.3 Logística	47
2.3.4 Cronograma.....	49
3 Relatório da Intervenção.....	50
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	50
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	52
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	52
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	53
4 Avaliação da intervenção.....	54
4.1 Resultados.....	54
4.2 Discussão	63
5 Relatório da intervenção para gestores	65
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	67
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	69
Referências	71
Anexos.....	72

Apresentação

O presente volume trata-se de uma intervenção realizada com o objetivo de melhorar a atenção à saúde das pessoas idosas, como trabalho de conclusão de curso da especialização em saúde da família, na modalidade à distância da Universidade Federal de Pelotas, realizado com ajuda de todos os integrantes de minha equipe de saúde da família da UBS Wolff no município de Tapes/RS, nos meses de maio, junho, julho e agosto de 2015. O volume está composto por sete capítulos que descrevem cada uma das etapas do processo de construção do trabalho: Análise situacional que identifica o problema objeto da intervenção, Análise Estratégica que se projeta a intervenção a ser executada, justificando-a, formulando os objetivos, as metas, as ações, os indicadores, a logística e o cronograma de atividades. O terceiro capítulo relata o desenvolvimento da intervenção, quanto à realização ou não das ações previstas, dificuldades na coleta das informações e analisa brevemente a viabilidade de incorporação das ações previstas na rotina da Unidade. O quarto capítulo é a avaliação da Intervenção com análise e discussão dos resultados quinto e sexto capítulo, relatórios voltados para os gestores e para a comunidade. O sétimo tópico é uma reflexão crítica do processo pessoal de aprendizagem, além disso, incluem as referências bibliográficas que serviram de suporte teórico ao trabalho e os anexos.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A Atenção Primária à Saúde (APS) se apresenta como uma estratégia de organização da atenção à saúde com intuito de responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades. Tal estratégia se concretiza em Unidades Básicas de Saúde (UBS) sendo a Equipes de Saúde da Família, para ajudar a reduzir o atendimento de média e alta complexidade que é feito nos hospitais. Trabalho em uma comunidade que tem uma UBS nova de aproximadamente 6 anos de construção, a UBS Wolff conta com uma boa infraestrutura que permite oferecer um serviço de qualidade. Conta com uma sala de recepção, para fazer curativos, triagem e procedimentos de controle de pressão Arterial, HGT para as pessoas com diabetes mellitus feito pelo técnico de enfermagem, uma sala de para fazer coleta de citopatológico com a enfermeira, além de uma sala onde as duas psicólogas podem atender e oferecer privacidade para atenção aos usuários.

Tem ótimas condições para que as pessoas sempre sejam bem atendidas fortalecendo o relacionamento da equipe de saúde com a população. As consultas começam às 7:30 da manhã para a atenção de usuários idosos, agendados e emergências (pronto atendimento) até 11:30 da manhã. O retorno é às 13 horas oferecendo consulta pré-natal, puericultura, pronto atendimento e visitas domiciliares aos acamados com uma demanda de pessoas atendidas ao dia de 35-40 pacientes. Além disso, fazemos consultas 2 vezes por semana em uma região chamada assentamento muito afastada e muito carente.

Trabalho de segunda-feira a quinta-feira, na sexta feira as agentes de saúde em companhia de a equipe de saúde oferecem palestras de prevenção da saúde e planejamento familiar com abordagem na adolescência, doenças crônicas como diabetes mellitus, hipertensão arterial e doenças de transmissão sexual para melhorar os conhecimentos e mudança positiva em seu estilo de vida.

Durante as consultas sempre procuro realizar uma abordagem que envolva o usuário como um todo, buscando orientá-lo podem melhorar a qualidade de vida, multiplicando os conhecimentos sobre APS priorizando ações de prevenção e

promoção da saúde de forma integral e contínua já que constitui o primeiro contato com o usuário e muitas vezes precisa de orientação como, por exemplo, o uso de medicamentos controlados, explicar de forma clara o tipo de doença que consultam, o cuidado que deve ter, recomendações dietéticas, já que a maioria das pessoas que buscam o serviço tem problemas metabólicos aproximadamente 75% apresentam doenças crônicas devido ao estilo de vida, a alimentação inadequada e hábitos como tabagismo, droga e álcool.

Em minha UBS tratamos de educar, conscientizar e fazer mudanças do estilo de vida com a finalidade de programar novas estratégias de planejamento familiar.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Tapes, é o município onde desenvolvo minha atividade de trabalho, encontra-se situado ao sul do país, no Estado Rio Grande do Sul, no litoral da lagoa dos patos que é sua principal riqueza natural. Conta com uma população de aproximadamente 16 mil habitantes. Por suas características demográficas predominam as atividades agrícola e pecuária, sendo as principais fontes econômicas. Seu sistema de saúde está coordenado por uma secretaria municipal de saúde. A cidade conta com um hospital que se encontra em restauração, quatro unidades básicas de saúde, duas delas com modelo de ESF, um serviço a nível municipal de atendimento à saúde bucal, uma sala de fisioterapia e reabilitação, igualmente coordenadas previamente pela secretaria de saúde do município para o atendimento. Outros serviços que são prestados pelo município em pequena escala são a realização de exames complementares. Quanto aos exames, existe em pequena proporção a possibilidade de realização de ecografias transvaginais pélvicas e abdominais e de endoscopia. Os demais exames são realizados no serviço privado, e no caso específico de radiografias, os necessitados devem viajar ao município mais perto. Para a atenção especializada, somente contam com o serviço de ginecologia e obstetrícia, os quais fornecem atendimento ao programa pré-natal. As demais especialidades se encontram fora da região.

A UBS Wolf está situada na parte urbana da cidade, é uma unidade seminova com uma estrutura física que permite oferecer um serviço de qualidade. Conta com

uma equipe de saúde composta por um médico de saúde da família, uma psicóloga, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, seis agentes comunitários que trabalham em equipe dando atendimento as demandas da população, além da recepcionista, a qual fornece acolhimento e rápida informação às diversas inquietudes dos usuários. Para o desenvolvimento das atividades, a unidade conta com uma sala ampla de recepção que oferece acolhimento a pouco mais de trinta usuários, um consultório de medicina familiar, um consultório de psicologia, sala da técnica de enfermagem onde realiza o acolhimento dos usuários e uma sala de procedimentos de enfermagem, um consultório odontológico, no qual são desenvolvidas atividades de promoção do cuidado da saúde bucal, onde o profissional é incumbido de realizar atividades orientativas assim como procedimentos mais específicos da área, sendo atendida a população agendada bem como possíveis casos de urgência. Além disso, apresenta um consultório com condições para o atendimento ginecológico e obstétrico, uma sala onde desenvolvem suas atividades as agentes comunitárias, e onde se realizam as reuniões da equipe. O consultório do médico conta com um banheiro ao igual que na sala de espera dos pacientes que também tem dois banheiros. Também tem uma cozinha. Todos estes espaços garantindo privacidade, boa iluminação, ventilação, limpeza, características estruturais e da equipe suficiente para fornecer cobertura a 3.134 pessoas com um modelo de atendimento apoiado na Estratégia de Saúde da Família. Na unidade a equipe desenvolve suas diferentes ações, tais como fornecimento de atendimento a diferentes programas de saúde e conversas de promoção e prevenção de saúde de maneira individual na consulta e coletivas aproveitando o espaço dos diferentes grupos. Também realizamos visitas domiciliares com ações de orientação, verificação de pressão arterial (PA) para acompanhamento a pessoas com hipertensão e pesquisa de novos casos. Realiza-se acompanhamento de planos terapêuticos de diversas doenças diagnosticadas tanto na UBS quanto outros serviços, assim como notificação de doenças notificáveis, atividades com diferentes grupos e promoção da participação da comunidade no controle social. Também são realizadas reuniões de equipe mensais onde se analisam temas de interesse coletivo, confecção da agenda de trabalho, organização e planejamento de ações a desenvolver, se debate sobre casos clínicos de interesse. Não devemos deixar de mencionar algumas das dificuldades que enfrentamos no desempenho diário que incidem de maneira negativa em nosso

trabalho. Por exemplo, o reduzido tempo com que contam o médico, enfermeira e a técnica de enfermagem para o trabalho na comunidade, o que impediu a participação de toda a equipe no processo de mapeamento da área da abrangência. Este mapeamento permite a identificação de indivíduos, famílias e grupos de risco, além do agendamento de pessoas hipertensas, diabéticas e grávidas na comunidade que podem estar sem cobertura dos programas. A falta de registro específico das diferentes ações programáticas impede o monitoramento e avaliação das mesmas e a busca de faltosos.

Também ressaltamos algumas dificuldades encontradas no início de nosso trabalho na unidade que afetam o bom desempenho do mesmo, como o fato de ter somente um esfigmomanômetro na unidade, a fita métrica estragada, ter só uma fonte de luz e não contar com negatoscópio. Além disso, o acesso à internet era precário, não contamos com departamento para armazenamento de lixo contaminado. Muitos deles já resolvidos com o trabalho coletivo e a intersetorialidade, por exemplo: a fita métrica foi comprada, se instalaram na unidade outros dois microcomputadores para melhorar o trabalho em geral, foi repostado um esfigmomanômetro e outro em processo de resolução.

Em relação à nossa demanda é muito grande, mais também contamos com uma equipe bem estrutura que esta qualificada para abraçar a toda nossa população que esta conformada por 4000 mil habitantes um aproximado de 2110 mulheres, 1890 homens.

Além do atendimento à demanda espontânea, a equipe desenvolve atendimento a diferentes programas, nos que se encontra a saúde da criança. Realizamos diferentes ações de prevenção e promoção da saúde, como consultas programadas a menores de 1 ano, atendimento a doenças agudas e visitas domiciliares. Além disso, temos grupos de lactantes onde se debate com a mãe a importância do aleitamento materno exclusivo, o cumprimento do esquema de vacinação, a realização dos diferentes testes, a assistência a consultas, o trabalho com a caderneta do lactante.

Dentre todas estas ações mencionadas se realizam de maneira programada, e são registradas para seu seguimento e avaliação periódica com boa aceitação pela população. A principal dificuldade neste atendimento está na baixa cobertura, pois, o caderno de ações programáticas (CAP) estima que há 48 crianças menores

de um ano na área, mas, apenas 15 (31%) são acompanhadas. A equipe está ampliando as ações com o objetivo de melhorar a cobertura.

O programa de pré-natal fornece uma consulta semanal em turno da tarde onde está envolvida toda a equipe com ações de prevenção e promoção de saúde à mulher grávida, fornecendo atendimento programado, com registro de todas as ações para seu seguimento, monitoramento e avaliação regular. Oferece-se, além da consulta planejada atendimento às patologias agudas das grávidas, visita a seus domicílios, com o objetivo de conhecer o meio em que se desenvolvem. Incentivamos o aleitamento materno exclusivo até os seis meses, o cumprimento de esquema de vacinação, a realização dos diferentes testes, os hábitos alimentares saudáveis, a realização de atividades físicas e planejamento familiar. A saúde bucal deveria melhorar já que ainda não temos odontóloga, e a saúde mental em parceria com a psicóloga da equipe. Realizamos controle de câncer de colo do útero na primeira consulta se estiver desatualizado, exames de mama e ginecológico por trimestres. 100% tem seus exames de laboratórios indicados na primeira consulta, orientação para o consumo de suplementos ferroso de acordo o protocolo do Ministério da Saúde. Realiza-se avaliação de risco pré-natal de acordo com protocolo do programa, orientação sobre planejamento familiar depois do parto. Este grupo conta com arquivo específico que nos permite avaliar o programa e a completude do registro, a existência de grávidas faltosas para sua localização, as grávidas próximas ao termino e as de alto risco. A maior dificuldade de nossa UBS neste programa está na baixa cobertura, pois, a estimativa do CAP é de 60 gestantes residentes na área adstrita, mas, apenas 10 (17%) são acompanhadas. Depois de conhecer os números gerados no caderno de ações programáticas, mostrando índices muito baixos, temos realizado ações para a ampliação da cobertura e manutenção dos índices de qualidade. Como a realização novamente do controle de mulheres em idade fértil em parceria com setores da comunidade, com aceitação dos mesmos. O CAP estima 48 partos nos últimos 12 meses, mas, apenas uma (2%) mulher fez consulta de puerpério nos últimos 12 meses.

Quanto ao programa de prevenção do câncer de colo de útero e de mamas, em nosso serviço são realizadas ações de promoção e prevenção, exames citopatológicos, mamografias, educação a população, onde se debate a importância dos exames de mamas sistemáticos. Ambos carecem da qualidade requerida, levando em conta que o câncer constitui a segunda causa de morte no país, ambos

são afetados pela falta de qualidade dos informes da atividade de mapeamento e distribuição demográfica da população. Não contamos no caso de câncer de mama com um registro específico que permita o seguimento e monitoramento do mesmo e em caso de câncer de colo de útero, embora exista um registro o mesmo não conta com a qualidade requerida ao não reunir os dados necessários que nos permitiriam um correto seguimento. Por isso, nos encontramos trabalhando na confecção de um sistema de registro que nos permita um correto controle e avaliação do programa, e na correção das informações de distribuição demográfica da nossa população por idades. O número estimado de mulheres entre 25 e 64 anos é 1101, mas, apenas 300 (27%) são acompanhadas. O número estimado de mulheres entre 50 e 69 anos é 413, mas, apenas 230 (56%) são acompanhadas.

Outro programa de grande importância em nossa UBS é o de hipertensão e diabetes mellitus, doenças responsáveis pela maior taxa de morbidade e mortalidade. Nesta ação se trabalha fornecendo atendimento por consulta planejada uma vez por semana em turno da tarde, onde se realiza controle do peso corporal através do índice de massa corporal, estratificação de risco cardiovascular pela tabela de escore de Framingham como indica o risco cardiovascular de cada paciente. Estou implantando a orientação para a redução da obesidade e o sedentarismo, estimulando a realização de atividade física sistemática. Também é feita orientação para o cuidado da saúde bucal. Nesta atividade toda a equipe está envolvida, além da consulta planejada temos atendimentos a urgências por demanda espontânea. Realizamos atividades de grupos de diabéticos e hipertensos onde se debatem e trocam experiências, se oferece orientação sobre danos provocados pelos hábitos tóxicos (álcool, tabagismo), orientação para a prática sistemática de atividade física. Também são feitas visitas domiciliares, palestras públicas, onde se ensinam temas de interesse, como dieta saudável. Sempre procurando a prevenção e promoção da saúde, questão onde ainda nos falta muito trabalho por fazer nesta nossa área. Ao comparar nossa realidade com o que nos mostra o caderno de ações programáticas nos damos conta que nosso índice de cobertura é muito inferior ao que deveria ser para nossa população. A estimativa de pessoas com hipertensão é 894, mas, apenas 300 (34%) são acompanhadas. A estimativa de pessoas com diabetes é 255, todas (100%) são acompanhadas na UBS. Assim, nos demos a tarefa de confeccionar um registro específico que nos permite a avaliação, monitoramento do programa. A equipe precisa organizar estes

programas para detecção de faltosos às consultas programadas, a falta de algum procedimento, atualização de exames complementares, estratificação de risco, ações de promoção e prevenção de saúde, a realização de exame físico adequado como indica o protocolo, com avaliação de pulsos, sensibilidade, circunferência abdominal aos 100 % dos usuários, garantir que o 100% dos usuários tenham prescrição de medicamentos da farmácia popular, além do comprometimento com o engajamento deste grupo aumentando assim o número de consultas e diagnóstico de novos casos para melhorar a cobertura e a qualidade.

Quanto ao programa de atenção ao idoso, a cobertura também está baixa, pois, estima-se 546 idosos na área de abrangência da UBS, mas, apenas 150 (27%) são acompanhados. Para esta ação programática, se realiza atendimento programado e de demanda espontânea para diagnóstico e tratamento de problemas agudos todos os dias, em ambos os turnos. Com a participação de toda a equipe no processo de atendimento. Tendo em conta a vulnerabilidade biológica, já na consulta se fornece atendimento de imunização, ou qualquer outro procedimento pendente, tanto nas consultas de maneira individual como na participação em grupos de idosos nas reuniões mensais. Quanto às visitas domiciliares, os usuários são orientados sobre importância de uma dieta saudável, a realização de atividade física sistemática, sobre doenças crônicas, saúde bucal e mental e riscos dos hábitos tóxicos (tabagismo, alcoolismo). Existe boa aceitação pela população. As principais dificuldades neste grupo estão nos índices de qualidade por não contar com um registro que permita o controle (monitoramento sistemático), o acompanhamento em dia, a localização de idosos faltosos a consultas programadas. Também não há controle dos idosos de maior risco ou indicadores de fragilização. Não é aplicado o protocolo de atendimento. Em muitas ocasiões as consultas são prejudicadas pela alta demanda de atendimento, violando os direitos dos usuários.

Estamos trabalhando na propagação da carta de direitos dos usuários, na confecção de registro específico que nos permita um correto controle, na preparação metodológica de toda a equipe e na implantação de protocolo nos diferentes programas. No curso especialização que estou realizando, toda a equipe está envolvida, por constituir uma valiosa ferramenta de trabalho. Com a ajuda do curso visamos atingir nosso principal objetivo de melhorar a qualidade de vida da população, melhorando a qualidade dos diferentes programas e ampliando a

cobertura dos mesmos, sempre com a participação ativa da população que constitui nosso maior desafio.

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

Nossa UBS conta com os recursos físicos e humanos, estes dispostos a mudar o antigo sistema de saúde. Ao longo do desenvolvimento deste curso temos vivenciado a importância dele para facilitar nosso trabalho. Depois de transcorrido este tempo da primeira unidade, temos sido capazes de realizar um relatório de como se está desenvolvendo nosso trabalho, com uma visão muito mais clara dos erros, das dificuldades, fato que fica demonstrado ao comparar este relatório com o texto inicial. A confecção deste relatório foi possível guiado pelo curso de especialização que nos está permitindo uma melhor preparação para o enfrentamento ao nosso principal desafio.

Análise Estratégica

2.1. Justificativa

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial. No Brasil o processo iniciou-se a partir de 1960 e as mudanças se dão a largos passos. Em 1940, a população brasileira era composta por 42% de jovens com menos de 15 anos enquanto os idosos representavam apenas 2,5%. No último Censo realizado pelo IBGE, em 2010, a população de jovens foi reduzida a 24% do total. Por sua vez, os idosos passaram a representar 10,8% do povo brasileiro, ou seja, mais de 20,5 milhões de pessoas possuem mais de 60 anos, isto representa incremento de 400% se comparado ao índice anterior. A estimativa é de que nos próximos 20 anos esse número mais que triplique. Infelizmente, nosso País ainda não está preparado para atender às demandas dessa população. A Política Nacional do Idoso assegura, em seu art. 2º, direitos que garantem oportunidades para a preservação de sua saúde física e mental, bem como seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social em condições de liberdade e dignidade. Apesar de avanços, como a aprovação do Estatuto do Idoso, a realidade é que os direitos e necessidades dos idosos ainda não são plenamente atendidos. No que diz respeito à saúde do idoso, o

Sistema Único de Saúde (SUS) ainda não está preparado para amparar adequadamente esta população (JOÃO BASTOS FREIRE NETO, 2014)..

A UBS tem aproximadamente seis anos de construção, é ampla com várias salas para as diferentes atividades e acolhimentos que se realizam todos os dias de segunda à sexta-feira. Tem uma área de recepção com 20 cadeiras, recepcionista a qual faz um cadastramento dos usuários agendados para as atenções prestadas, uma sala onde se faz o acolhimento, uma sala da enfermeira com um computador onde se cadastram a maioria das informações, um consultório médico para fazer uma consulta preventiva e de pronto atendimento, uma sala odontológica que começou o funcionamento há pouco tempo, duas salas pequenas para as psicólogas e uma sala maior onde se faz múltiplas atividades como reuniões, palestras, grupos de educação em saúde e outras. Além disso, uma cozinha que não está muito boa, mas, tem as coisas necessárias. O total de pessoas em nossa área adstrita é de 4000, sendo 150 idosos acompanhados.

A importância de desenvolver a intervenção no foco saúde do idoso é o planejamento para melhorar a qualidade de vida dos usuários, que a cada dia vai aumentando, superando as divisões rígidas entre cuidado e gestão, a ação programática é baseada em abordar de maneira profunda a prevenção das maiorias das doenças que podem apresentar, tais como: hipertensão arterial, diabetes mellitus, doenças psiquiátricas e psicológicas. Por isso é fundamental fazer um acolhimento com qualidade focado, utilizando-se do saber clínico, epidemiológico, e da subjetividade, por meio do olhar para riscos e vulnerabilidade. Sempre considerando as singularidades, como consequência, teremos o impacto positivo na vida das pessoas e coletivo.

A população da nossa área de abrangência é a mais precária de nossa cidade, além de ser frequente o uso de droga. Por meio desta intervenção buscamos melhorar a saúde do idoso, esperamos atingir as metas juntamente com as diferentes atividades que já são desenvolvidas em cada semana do projeto. Nossa intervenção é importante porque se trata de um acompanhamento especializado, apoio familiar e inclusão de profissionais de diversas áreas, juntamente com uma devida continuidade do processo de atenção à saúde. A adesão da equipe foi muito boa com um acolhimento ótimo e atendimento atualmente planejado, as atividades que forem planejadas envolvem o programa de atenção ao hipertenso e diabético, atendimento odontológico, consulta psicológica para o idoso e os familiares, controle

de pressão, exames laboratoriais, teste de glicose e melhor registro. A população não estava satisfeita com o atendimento e não tinha credibilidade, portanto, os aspectos que precisam ser melhorados são o atendimento para cada idoso, garantir orientações sobre uma vida saudável e melhorar a cobertura a cada dia.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a Atenção à Saúde do Idoso na UBS Wolf, Tapes/ 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 70%.

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 16 semanas na Unidade de Saúde da Família (UBS) Wolff, no Município de Tapes, Rio

Grande do Sul. Participarão da intervenção todas as pessoas com 60 anos ou mais residentes na área de abrangência da UBS.

2.3.1 Detalhamento das ações

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

Meta 1.1. Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 70%.

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- ✓ Monitorar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde periodicamente (pelo menos mensalmente);

Detalhamento: Através do cadastramento que é realizado, as agentes comunitárias anotarão em uma planilha todos os dados do usuário, além das visitas domiciliares semanais.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- ✓ Acolher os idosos;

Detalhamento: Os idosos serão acolhidos de acordo com nossa área de abrangência. Primeiro serão visitados pelas agentes comunitárias priorizando aqueles que precisam um acompanhamento de urgência, depois iremos agendar para consulta semanal onde serão atendidos por ordem de chegada e sintomas apresentados em companhia de um familiar, acolhidos por nossa técnica de enfermagem para corroborar os sinais vitais e após para a consulta onde serão examinados, realizado o cadastramento, encaminhamentos e orientações.

- ✓ Cadastrar todos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde;

Detalhamento: O cadastramento será com ajuda das agentes comunitárias as quais já fizeram uma planilha muito parecida à nossa ficha espelho onde serão preenchidos a maioria dos dados do usuário.

- ✓ Atualizar as informações do SIAB;

Detalhamento: Antigamente as informações eram feitas pelo programa SIAB, agora isso mudou para E-SUS que é uma ferramenta ótima já que todas as informações ficam cadastradas em nosso computador; exemplo, todas as coletas de

informações que as agentes comunitárias fazem, e as minhas são armazenadas no computador facilitando a busca de informações dos usuários.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- ✓ Esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde;

Detalhamento: As explicações serão feitas por meio de palestras já que se explicará detalhadamente como deve ser a alimentação, as principais doenças que temos que prevenir, como trabalhadores da saúde, já que cada dia aumenta ainda mais em usuários idosos, e que tudo deve realizar-se na UBS.

- ✓ Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde;

Detalhamento: Toda a comunidade será informada através de visitas domiciliares e ligações á todas essas famílias que tem pelo menos um idoso em seu núcleo familiar.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- ✓ Capacitar a equipe no acolhimento aos idosos.

Detalhamento: Capacitar por meio das reuniões que fazemos semanalmente com equipe, apresentando as características de como deve ser acolhido um idoso. Exemplo, ter muita paciência, orientar de forma carinhosa a qualquer dúvida que eles tenham, classificar os idosos de acordo com o risco, como doenças avançadas sem tratamento.

- ✓ Capacitar os ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço;

Detalhamento: Visita domiciliar para busca ativa.

- ✓ Capacitações da equipe da unidade de saúde para a Política Nacional de Humanização;

Detalhamento: planejar estratégias de prevenção na secretaria de saúde com reuniões principalmente com as psicólogas, conselho tutelar e assistente sociais onde serão capacitadas em relação à abordagem do idoso.

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.

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- ✓ Monitorar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anual em todos idosos acompanhados pela unidade de saúde;

Detalhamento: tudo será feito por meio do programa E-SUS onde se corrobora a abordagem do idoso e as melhoras do programa de atenção de saúde do idoso já que tudo fica guardado eletronicamente facilitando a informação.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- ✓ Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropômetro, Tabela de Snellen...);

Detalhamento: Secretaria de saúde aportará todos os recursos destinados para o programa.

- ✓ Definir as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos;

Detalhamento: Em cada reunião de equipe iremos orientar e indicar como se avalia o comportamento da equipe com respeito à suas atribuições que devem ser cumpridas da maneira correta. Exemplo: a agente comunitária é a ferramenta principal para pesquisar os idosos, a técnica de enfermagem acolherá atenciosamente aqueles que procurarem informação ou consulta, bem como o recepcionista. As psicólogas ajudarão aqueles idosos que são abandonados, aumento de sua autoestima, dentista ajudará na melhora de pacientes com agenesia

dentária e por último minha avaliação para prevenir, tratar e ajudar nas múltiplas doenças que atingem em nessa idade.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- ✓ Orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável;

Detalhamento: por meio de palestras, Hiperdia tratando de explicar de forma clara as consequências se eles não realizarem um acompanhamento periódico.

- ✓ Compartilhar com os usuários as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social;

Detalhamento: Explicar que a conduta esperada é melhorar a qualidade de vida, e cada dia precisem menos o uso de medicamentos que é a principal meta.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- ✓ Capacitar os profissionais para o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pela UBS;

Detalhamento: cada profissional tem na sua sala uma cartilha constando quais são os protocolos para atendimento ótimo de qualidade e que podem melhorar o sistema de atendimento da unidade de saúde.

- ✓ Treinar a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida.

Detalhamento: Por meio de capacitações feitas semanalmente com vídeo que aportam informações do que é uma avaliação ótima, não somente pelo médico, mas também por todo o pessoal;

- ✓ Treinar a equipe para o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas.

Detalhamento: Faremos uma reunião explicando que aqueles idosos com situações complexas sejam abordados por toda a equipe e em conjunto para um melhor resultado. Exemplo fazer a consulta em companhia do médico e psicóloga.

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.

Ações:**MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

- ✓ Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade de saúde;

Detalhamento: Por meio da ficha espelho será realizado um controle de todos que já fizeram exames de controle e quando devem fazer de novo.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- ✓ Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos;
- ✓ Garantir busca a idosos que não realizaram exame clínico apropriado;

Detalhamento: Cada membro da equipe já sabe o que deve fazer pelo menos na primeira consulta do idoso desde o momento da sua chegada. Uma coisa primordial é verificar a pressão arterial, dosagem de glicose, saturação de oxigênio, tudo será feito pela técnica de enfermagem. Já as agentes comunitárias pesquisarão aqueles que não fazem controle.

- ✓ Organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares;

Detalhamento: Será realizado por meio do agendamento que se faz as sextas feiras uma hora da tarde.

- ✓ Garantir a referência e contra referência de usuários com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades;

Detalhamento: Será realizado na consulta com o médico, e aqueles idosos que precisarem serão avaliados pelo especialista sem tanta demora.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- ✓ Orientar os idosos e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente;

Detalhamento: Por meio de palestras e atividades que se faz no HIPERDIA abordando também as complicações e prevenção do diabetes.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- ✓ Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado;

Detalhamento: com a ajuda da secretaria de saúde a enfermeira será capacitada para fazer teste de pezinho e testes rápidos que abordam doenças como VDRL, HIV, HEPATITIS B, HEPATITIS C.

- ✓ Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas;

Detalhamento: Tudo fica preenchido no prontuário eletrônico, além do prontuário manual o quais serão feitos por cada profissional da equipe na sua sala.

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: será por meio de consulta planejada;

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- ✓ Garantir a solicitação dos exames complementares;

Detalhamento: a secretaria de saúde aportará uma quota substancial de exames para abordar a todos os usuários que necessitarem.

- ✓ Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo;

Detalhamento: todos os meses estarão garantidos todos os exames por meio dos laboratórios associados ao SUS.

- ✓ Estabelecer sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados;

Detalhamento: serão solicitados exames que precisar e que o médico acreditar que deva fazer.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- ✓ Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares;

Detalhamento: serão orientados por meio de palestras porque é uma maneira de prevenir doenças e complicações já que é uma cidade com poucos recursos.

- ✓ Orientar os usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares;

Detalhamento: serão orientados periodicamente na consulta dependendo da doença.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- ✓ Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares;

Detalhamento: É uma coisa com a qual se luta a cada dia já que a maioria dos usuários querem fazer exames, mais não sabem para quê, então capacitaremos a nossa equipe para orientar para não gastar a quota dos exames sem necessidade.

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- ✓ Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular / Hiperdia.

Detalhamento: cada medicamento que se indicar aos usuários hipertensos, diabéticos ou com problemas psiquiátricos tem uma data em cada receita para corroborar a validade e eles não sobre passar a demanda de medicamentos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- ✓ Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Detalhamento: se fará por meio de uma listagem que passará para todos os postos de saúde no início do mês, pela gestão.

- ✓ Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde;

Detalhamento: Cada medicamento que o usuário toma assim como a quantidade ficará preenchido no prontuário.

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.

Detalhamento: Cada usuário saberá quais são os medicamentos que a farmácia popular pode fornecer. Essas informações serão dadas no momento da consulta médica.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- ✓ Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes;
- ✓ Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia;

Detalhamento: A atualização será feita por meio de capacitações com respeito de como deve ser a alimentação do usuário diabético ou hipertenso, mais as alternativas de uso de medicamento são feitas pelo médico no momento da consulta, já que eles continuamente estão em estudos para a modificação do medicamento sempre e quando tenham na farmácia popular.

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- ✓ Monitorar o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados;

Detalhamento: Todo o monitoramento será semanalmente com a visita domiciliar que é feita com a enfermagem e pelo médico obrigatoriamente.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- ✓ Garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa;

Detalhamento: Também se fará no prontuário e planilha pelas agentes comunitárias.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- ✓ Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da Unidade de Saúde;

Detalhamento: Toda a comunidade será informada por meio das visitas domiciliares sobre as atividades planejadas na sala feita especialmente para reuniões.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- ✓ Capacitar os ACS para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência;

Detalhamento: Todos serão capacitados por meio de planilhas que contém toda a informação necessária, exemplo tipo de doença, seguimento médico, resposta a algum tratamento, encaminhamentos e medicamentos que usa.

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- ✓ Monitorar realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção;

Detalhamento: Sempre irá junto o médico, enfermeira, psicóloga e agente de saúde para que seja monitorado otimamente.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- ✓ Organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção;

Detalhamento: todas as semanas realizaremos visitas agendadas com um carro somente para isso que a secretaria de saúde atenciosamente preste para fazer todas as visitas.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- ✓ Orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar.

Detalhamento: As orientações serão feitas pelas agentes nos casos de usuários acamados ou com algum problema motor, nos informarão para que o médico faça a visita o mais rápido possível.

- ✓ Orientar a comunidade sobre a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados ou com problemas de locomoção;

Detalhamento: Serão orientados por meio de palestras e quando precisarem de avaliação em casa eles terão direito de exigir ao agente de saúde, recepcionista ou enfermagem para fazer a visita e ser avaliado pelo médico.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- ✓ Orientar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção;

Detalhamento: A orientação é muito simples já somente eles têm que te os dados bem específicos dos usuários acamados e com problemas de locomoção para priorizar o atendimento e fornecer um atendimento de qualidade

- ✓ Orientar os ACS para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar;

Detalhamento: Principalmente a maioria dos usuários que se faz visita domiciliar são usuário acamados, com algum problema motor, usuários que moram sozinhos ou usuários com depressão, então nossa equipe sabe quais são as características que devem ter para fazer uma visita domiciliar.

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- ✓ Monitorar o número idoso submetidos a rastreamento para HAS, periodicamente (pelo menos anualmente);

Detalhamento: Será por meio de nossos cadastramentos dos idosos que são participantes do programa HIPERDIA.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- ✓ Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS. *Detalhamento:* Otimizaremos e faremos um mapeamento do controle da pressão durante 15 dias em usuários que estavam com tratamento ou que precisavam de começar com algum tratamento paliativo;
- ✓ Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde. *Detalhamento:* nossa UBS conta com todos os recursos para levar um controle ótimo por meio de nossa secretaria de saúde qual faz doações.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- ✓ Orientar a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade;

Detalhamento: Em cada palestra atividade onde participa até nutricionista, se levará um vídeo das múltiplas doenças que atingem nessa idade e os altos riscos cardiovasculares que ocorrem se não são controladas com tempo.

- ✓ Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS;

Detalhamento: Palestras de alimentação saudável. E como pode influir o fator hereditário.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- ✓ Capacitar a equipe da Unidade de Saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito;

Detalhamento: Contamos com técnicos de muita experiência os quais além de fazer seu trabalho corretamente, ensinam ao usuário e pessoal a usar o aparelho para a toma de pressão assim como digitais e manuais.

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).

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- ✓ Monitorar número idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM, periodicamente (pelo menos anualmente);

Detalhamento: Através de uma avaliação com laboratórios que incluem perfil lipídico, e um checkup uma semana da pressão arterial cada 6 meses.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- ✓ Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM;

Detalhamento: O acolhimento melhorará muito já que eles antes de consultar se faz uma atividade, de teste rápido de glicose, palestra sobre a mudança da alimentação, dos cuidados que devem ter em nos membros inferiores, além de que devem tomar o tratamento correto.

- ✓ Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde;

Detalhamento: Todas as semanas chegam de acordo à nossa demanda uma quantia bem completa de fitas para fazer teste de glicose, uma coisa que teve que exigir a nossa secretaria de saúde.

- ✓ Criar sistema de alerta na ficha de acompanhamento para indicador o idoso que provavelmente terá que realizar o hemoglicoteste;

Detalhamento: Se faz teste àqueles que além de ter diabetes, também tem outras complicações, por exemplo diabetes e hipertensão, com perda da visão, com amputações e insulino dependentes.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- ✓ Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica;

Detalhamento: Serão orientados através de palestras informativas sobre as principais consequências se não são controlados; exemplo um infarto de miocárdio que a maioria das vezes é fulminante.

- ✓ Orientar à comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM;

Detalhamento: Se orientará que devem ter precaução tanto em minha consulta como em palestras, que os principais fatores são hereditários, sedentarismo, obesidade, alimentação de comidas altas em carboidratos e açúcar.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- ✓ Capacitar a equipe da Unidade de Saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito;

Detalhamento: Toda a equipe será capacitada, além de que também contamos com o serviço de tele saúde por se ocorre alguma emergência.

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- ✓ Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de idosos;

Detalhamento: Já foi contratada uma dentista ótima a qual faz um atendimento de pelo menos 20 idosos por mês a maioria com agenesia dental.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- ✓ Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde. *Detalhamento:* os idosos no momento do agendamento, devem sempre ter prioridade são os primeiros em ser acolhidos.

- ✓ Cadastrar os idosos na unidade de saúde.

Detalhamento: Por meio de uma planilha que tem nossas agentes de saúde e também por meio do prontuário eletrônico, se acredita que já quase todos os usuários idosos estão cadastrados.

- ✓ Oferecer atendimento prioritário aos idosos na unidade de saúde.

Detalhamento: Sim são os primeiros em ser acolhidos.

- ✓ Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.

Detalhamento: É feita por nossas agentes comunitárias sendo 30 vagas para idosos.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- ✓ Informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de idosos;

Detalhamento: Desde a chegada de nossa dentista pesquisamos aqueles usuários que mais precisam já que ajuda a melhorar sua aparência pessoal e prevenir infecções por caries.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- ✓ Capacitar a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em idosos;

Detalhamento: Serão capacitados para pesquisar aqueles que precisam orientando de quais são as principais causas para um atendimento odontológico.

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- ✓ Monitorar número de idosos cadastrados na Unidade em acompanhamento odontológico no período;

Detalhamento: Existirá um prontuário para que a dentista possa votar os dados do usuário assim como os procedimentos feitos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- ✓ Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde;

Detalhamento: Serão os primeiros para atendidos para que não fiquem esperando por muito tempo.

- ✓ Monitorar a utilização de serviço odontológico por idosos da área de abrangência;

Detalhamento: A monitorização é feita pelo cadastro feito pela dentista e que o número de vagas sempre está lotado.

- ✓ Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos

Detalhamento: A agenda é feita as sextas feiras repartindo somente 30 vagas para idosos.

- ✓ Oferecer atendimento prioritário aos idosos.

Detalhamento: Sim sempre são priorizados desde sua chegada à nossa UBS.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- ✓ Informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de idosos e de sua importância para saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na Unidade de Saúde;

Detalhamento: Se faz uma atividade em uma área fora de nossa UBS onde participou até a primeira dama, fizemos folder, palestras, orientações de todo os serviços oferecidos em nossa UBS.

- ✓ Esclarecer a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais;

Detalhamento: se faz em cada atividade para a prevenção de halitoses, perdas dentárias e higiene pessoal.

- ✓ Ouvir a comunidade sobre estratégias para captação de idosos para acompanhamento odontológico;

Detalhamento: Como eles pouco aportam estratégias é uma comunidade que toda a equipe terá que estar sempre junto deles.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- ✓ Capacitar a equipe para realizar acolhimento do idoso de acordo com protocolo;

Detalhamento: Todas as semanas na reunião de equipe todos faremos um aporte de como deve ser o acolhimento do idoso de acordo com o protocolo.

- ✓ Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico;

Detalhamento: Haverá capacitação principalmente das nossas agentes de saúde já que elas têm mais contato com o idoso, sempre perguntando se tem algum incomodo bucal, faz quanto tempo não procura o dentista, e serão agendados se tem muito tempo e tem algum dor infecção em alguma parte de sua boca.

- ✓ Capacitar os ACS para captação de idosos;

Detalhamento: A cada semana se capacitará a nossa equipe para a realização das diferentes atividades.

- ✓ Capacitar os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para idosos;

Detalhamento: Isso, todavia não se realizará porque ainda falta muito material.

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

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

Ações

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- ✓ Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela unidade de saúde;

Detalhamento: A avaliação das consultas dos usuários idosos será monitorizada por meio do prontuário eletrônico.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- ✓ Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Detalhamento: Serão feitas pelas agentes comunitárias e aqueles usuários tem que justificar a falta, para poder ser abordados.

- ✓ Organizar a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares;

Detalhamento: O agendamento se realizará de acordo com as necessidades do idoso e será feito pelas agentes de saúde já capacitadas para captar os usuários que devem procurar a consulta.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- ✓ Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas;

Detalhamento: Cada idosos de nossa área já é abordado e em cada atividade se informa da importância de acudir a nossas consultas de prevenção para o melhoramento de sua qualidade de vida.

- ✓ Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos idosos (se houver número excessivo de faltosos);

Detalhamento: Em nossa UBS fizemos uma cartilha onde o usuário pode votar suas sugestões e quais são as coisas que deveríamos melhorar para abordar a todos os faltosos.

- ✓ Esclarecer os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Sempre se explicará que as consultas são de caráter preventivo, que é a máxima meta, mas que também podem assistir para qualquer doença que não comprometa sua vida, evitando assim o abuso excessivo do serviço prestado.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- ✓ Treinar os ACS para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: Nossa equipe conformada pelas agentes comunitárias é de grande utilidade porque já sabem pesquisar ao usuário que realmente precisa a consulta.

- ✓ Definir com a equipe a periodicidade das consultas. *Detalhamento:* priorizaremos as vulnerabilidades e doenças do usuário

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

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

Ações

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- ✓ Monitorar a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde.

Detalhamento: A qualidade é baseada na informação arrojada em cada consulta, abarcando até o detalhe mais mínimo.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- ✓ Manter as informações do SIAB atualizadas;

Detalhamento: As informações serão feitas pelo novo programa E-SUS que é uma ótima ferramenta já que ajuda a obter muita informação.

- ✓ Implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos;
- ✓ Pactuar com a equipe o registro das informações;

Detalhamento: Todas as informações obtidas pela nossa equipe sempre serão avaliadas em conjunto cada uma com sua informação.

- ✓ Definir responsável pelo monitoramento dos registros;

Detalhamento: O responsável é a enfermeira chefe que se encarrega dos fechamentos das demandas da unidade com a ajuda do médico clínico geral.

- ✓ Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização da Avaliação Multidimensional Rápida e dos demais procedimentos preconizados;

Detalhamento: O sistema de registro é o prontuário e a planilha feita pelas agentes de saúde, mais aqueles usuários que não faz um acompanhamento ótimo, se aborda de maneira integral com uma visita domiciliar que se faz obrigatoriamente.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- ✓ Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário;

Detalhamento: Todos os usuários conhecem seus direitos isso foi as primeiras coisas que fizemos ao começar o projeto, ou pelo menos a maioria.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- ✓ Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos;

Detalhamento: Eles sabem quais são os dados mais importantes que devem de preencher para que o usuário tenha a oportunidade de consultar todas as semanas falamos isso em nossa reunião da equipe.

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

Ações

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- ✓ Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa;

Detalhamento: Se fará mensalmente.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- ✓ Solicitar ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa;

Detalhamento: Será fornecida pela secretaria de saúde.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- ✓ Orientar os idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção;

Detalhamento: É uma coisa que já no momento de sua chegada na UBS se perguntará para o preenchimento das informações.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- ✓ Capacitar a equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa;

Detalhamento: Todos serão capacitados por meio de palestras educativas

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

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

Ações

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- ✓ Monitorar o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência;

Detalhamento: É nossa principalmente e isso se levará a cabo por meio das visitas domiciliares que geralmente são os que tem alguma doença tanto física como psicológica que compromete suas vidas.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- ✓ Priorizar o atendimento a idosos de maior risco de morbimortalidade;

Detalhamento: sempre será prioridade e a equipe sabe que deve fazer.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- ✓ Orientar os idosos sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco.

Detalhamento: Em cada atividade, palestra, Hiperdia, palestra de saúde bucal e visita domiciliar se falará sobre a importância do acompanhamento frequente daqueles com doenças crônicas

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- ✓ Capacitar os profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa.

Detalhamento: Cada semana se fará uma reunião onde se falará de diversas coisas as mais importantes.

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

Ações

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- ✓ Monitorar o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice;

Detalhamento: Ainda se está trabalhando nisso porque a maior fragilidade que apresentam são os moradores sozinho.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- ✓ Priorizar o atendimento idoso fragilizados na velhice.

Detalhamento: Efetivamente é nossa principal meta e serão os mais atendidos e melhor acolhidos.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- ✓ Orientar os idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente;

Detalhamento: Faremos uma atividade onde se recolherem roupas, comidas, medicamentos e trataremos de conscientizar a nossa população em ajudar e acolher quando o idoso precisar de ajuda.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- ✓ Capacitar os profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice

Detalhamento: Serão capacitados de jeito adequado por meio de palestras e vídeos.

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

Ações

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- ✓ Monitorar a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS;

Detalhamento: Se fará mensalmente de acordo com os fechamentos, pero se faz de maneira mais profunda anualmente para avaliar o progresso.

- ✓ Monitorar todos os idosos com rede social deficiente;

Detalhamento: A monitorização se fará através das visitas domiciliárias.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- ✓ Facilitar o agendamento e a visita domiciliar a idosos com rede social deficiente

Detalhamento: Todas as semanas com a visita domiciliar será abordado ao doente, ao que mora muito afastado, ao que não consegue de jeito nenhum trasladar-se ao posto temos toda uma tarde para fazer visitas.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- ✓ Orientar os idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde.

Detalhamento: Faremos folder onde explicará claramente quais são as características que deve ter ao momento de procurar um atendimento prioritário e, entendido como emergência.

- ✓ Estimular na comunidade a promoção da socialização da pessoa idosa (trabalhos em igrejas, escolas, grupos de apoio...) e do estabelecimento de redes sociais de apoio;

Detalhamento: Isso ainda não se há feito já que se observa um pouco de abstinência por meio de esses grupos.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- ✓ Capacitar a equipe para avaliar a rede social dos idosos;

Detalhamento: Serão capacitados.

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- ✓ Monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos;

Detalhamento: Semanalmente se fará um convite onde se preparam as principais verduras, legumes e frutas que os usuários podem comer para tratar de mudar um pouco a alimentação, tudo isso com toda a colaboração monetária de nossa equipe e ajuda das nutricionistas.

- ✓ Monitorar o número de idosos com obesidade / desnutrição. *Detalhamento:* isso também é muito importante já que em os obesos tratamos de ajudar a estimular o exercício físico, mudança da alimentação, redução do sal do açúcar, e os com desnutrição que nos preocupam, mas faremos umas caixas de doações de leite, de contudo nutricional para aportar os nutrientes que necessitam, se falo com a primeira dama para acolher a isso usuários já que a maioria moram em precárias condições, ainda esperamos resposta.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- ✓ Definir o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis;

Detalhamento: A principal função de orientação nutricional será da médica e do nutricionista.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- ✓ Orientar os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis;

Detalhamento: Continuamente se fará palestras e atividades.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- ✓ Capacitar a equipe para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável" ou o "Guia alimentar para a população brasileira";

Detalhamento: Se dará através do vídeo e folder que serão repartidos pelas agentes comunitárias.

- ✓ Capacitar a equipe para a orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos;

Detalhamento: Semanalmente para controlar as doenças mais frequentes.

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- ✓ Monitorar a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos.

Detalhamento: Capacitar a equipe para orientar atividades físicas.

- ✓ Monitorar o número de idosos que realizam atividade física regular;

Detalhamento: Sim quando chegam a minha consulta tem um item que preencheri sobre atividade física.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- ✓ Definir o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular;

Detalhamento: Ainda não se faz não contamos com tempo, mais tentamos trabalhar nisso, somente uma vez fizemos mais eles não tiveram muita participação por algumas doenças crônicas que eles já padecem.

- ✓ Demandar do gestor municipal parcerias institucionais para realização de atividade física;

Detalhamento: ainda não se há incorporado.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- ✓ Orientar os idosos e a comunidade para a realização de atividade física regular;

Detalhamento: Serão orientados semanalmente.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- ✓ Capacitar a equipe para orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular.

Detalhamento: Isso é uma coisa que minha equipe está muito capacitada tanto assim que levam até as comidas que eles podem comer e semanalmente e são os mais rebeldes.

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- ✓ Monitorar as atividades educativas individuais;

Detalhamento: Sim já que cada usuário apresenta seu problema odontológico.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- ✓ Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: Sim porque nos deu bons resultados, a demanda para a dentista cada dia vai em aumento porque já os usuários não têm vergonha nenhuma.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Sim já que ajuda até para poder se alimentar bem, cada consulta se orienta;

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- ✓ Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias.

Detalhamento: Os idosos terão excelente recepção com a dentistas que já estão empolgados e dispostos já que seguem cada orientação de nossa equipe já capacitada por orientações da dentista.

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 70%

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

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 2.8: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.

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

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com orientação sobre higiene bucal.

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

2.3.3. Logística

Para realizar a intervenção no programa de saúde do idoso estaremos guiando-nos pelo Manual Técnico de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde, publicado no ano de 2010 sendo necessários somente em minha equipe de saúde conformada por 12 pessoas, utilizaremos a ficha espelho para a coleta de dados com um mínimo de 150 planilhas por mês a quais forem responsável as agentes comunitárias para providenciar em cada consulta para o monitoramento da intervenção, além disso, minha equipe vai elaborar outra ficha faltante dos usuários que estejam em minha área de abrangência, a ficha espelho está nos anexos do projeto .

Para a organização do registro específico, a enfermeira será responsável por revisar continuamente as fichas, identificando continuamente os usuários que consultam a cada semana, avaliando o risco de cada usuário dentro dos meses seguintes. Também se realizará o monitoramento dos prontuários para poder transcrever as informações de cada consulta, anexando as anotações sobre exame clínico e laboratoriais.

Na logística é muito importante saber que para cada grupo de ações, os responsáveis são da equipe desde a enfermeira, agentes comunitárias, psicólogas, serviço odontológico e a participação da médica em cada uma das atividades, providenciando todas as coisas que se precisaram para todas as atividades. As ações serão desenvolvidas em 16 semanas, a maioria das atividades acontecerão na UBS na sala de reunião o qual fico de responsável o médico encarregado do projeto, além das visitas domiciliares. Muito importante ao longo do trabalho capacitar minha equipe para manejar as intercorrências mais prevalentes que poderão ocorrer na saúde do idoso. Cada atividade será feita no horário utilizado para reunião da equipe, cada membro estudará uma parte do manual técnico.

Os idosos com problemas agudos serão atendidos continuamente com o objetivo de agilizar o tratamento, além das dificuldades que poderão apresentar como, por exemplo, prioridade no agendamento, viabilizar um ótimo atendimento e acolhimento para os usuários que infelizmente não tem família e que acodem sozinhos. É muito importante sensibilizar a nossa comunidade sobre a importância

de assistir a cada consulta para prevenir e tratar as múltiplas doenças que se podem apresentar, com um acompanhamento regular.

Para todas as ações sensibilizaremos aos familiares e moradores da área de abrangência sobre a importância esclarecendo todas suas dúvidas e solicitando seu apoio no sentido de ampliar seus conhecimentos para que ajudem as pessoas idosas que precisam de ajuda. As informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Após finalizada a intervenção que realizamos na UBS Wolff, apresentamos este relatório. A intervenção teve o envolvimento da equipe, formamos uma estrutura de capacitação para a realização das atividades relacionadas à atenção à saúde do idoso, que envolve ações do programa de hipertensão e diabetes, monitoramento nutricional, avaliação de saúde bucal, realização de exames laboratoriais e exames complementares identificando as principais dificuldades, os fatores determinantes para o alcance do sucesso, e os pontos positivos e negativos do processo de trabalho desenvolvido na UBS.

Com isso se pode afirmar que o fator mais importante foi a integração e colaboração de todos os membros da equipe assim como a adesão por parte dos usuários foram sem dúvida o ponto facilitador do processo que possibilitou o desenvolvimento deste projeto.



Figura 01: Capacitação da Equipe

A intervenção foi planejada para acontecer em 16 semanas, todas as atividades foram realizadas sem muitas complicações, trabalhamos no acolhimento, citadas em nossos diários de intervenção, atendemos mais usuários da área de abrangência, coisa ótima para nosso crescimento como equipe e

avaliação dos resultados da intervenção. No processo de capacitação que foi realizado na unidade, debatemos os temas relacionados com a ação programática que foi implantada na unidade, apoiado no protocolo com o objetivo de elevar nosso nível intelectual, melhorar a qualidade do atendimento e transmitir o conhecimento a toda população para realizar as diferentes atividades como o Hiperdia, a consulta psicológica, a consulta de odontologia]tudo de acordo com o nosso cronograma.



Figura 02: Reunião com a comunidade



Figura 03: Grupos de Educação em Saúde com a comunidade

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Após definido junto com a equipe um cronograma de atividades para orientar o acompanhamento das atividades da intervenção, passou-se para a etapa de execução, onde ficou evidente para todos os benefícios do uso da metodologia do projeto na otimização dos recursos necessários para o alcance dos objetivos estratégicos do programa. E não teve nenhuma atividade que não fora desenvolvida, já que nossa secretaria de saúde com muito esforço contribuiu no desenvolvimento das atividades para que a população perceba a mudança que está acontecendo e cada dia vai continuar, sempre que eles adquiram um compromisso com nossa equipe e com seus familiares os quais precisam de uma qualidade de vida satisfatória; e que a saúde é direito de todos.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

As dificuldades encontradas na coleta de dados foram maiores com aquelas pacientes analfabetas que as vezes nem sabiam bem seus dados e que muitos dos idosos moram sozinhos ou tem algum problema de locomoção, mas, com a ajuda de nossas agentes comunitárias, e a participação contínua de nossa assistente social que está realizando um excelente trabalho, conseguimos todos os dados que precisávamos dos usuários.

Analisando a incorporação das ações, planejadas podemos acrescentar que os exames de rotina são feitos de acordo com o estabelecido pelo ministério da saúde, os medicamentos em sua maioria são disponibilizados pelo SUS e nós somos encarregadas de oferecer ao usuário idoso, a avaliação com a dentista passou a ser demanda espontânea, isso ampliou a oportunidade de consultas.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Analisando a intervenção todas as ações forem incorporadas ao serviço o qual serão implantado de nosso atendimento de rotina , percebo que devemos melhorar no controle dos exames que deveriam ter a cada 6 meses, além disso, trabalhar um pouco mais a intervenção das nutricionistas para que não somente participem pelo projeto já que os usuários continuamente têm que avaliar o perfil nutricional. Às vezes, a indiferença de familiares e da sociedade, faz com o idoso se torne apático perante a própria vida, sendo este o momento em que geralmente adoece, por isso o usuário tem que ser avaliado multidisciplinarmente. A atividade física é um excelente instrumento de saúde em qualquer faixa etária, em especial na terceira idade. Atividades como caminhadas ajudam a manter a capacidade cardiorrespiratória e diminuem a perda de massa óssea, que acaba acontecendo com o passar do tempo, e potencializa-se a partir dos 50 anos. Exercícios de fortalecimento muscular aumentam a massa muscular ou simplesmente previnem sua perda, que nessa idade acontece em torno de 0,5 kg por ano, melhorando a composição corporal e dando uma maior estabilidade articular, o que auxilia na prevenção de quedas muito comum nessa faixa etária. O exercício físico regular melhora a qualidade e a expectativa de vida do idoso, ajudando nas atividades diárias da vida. A saúde na terceira idade depende também dos cuidados no passado, além da alimentação. Entretanto, é possível ainda reverter os efeitos do passado essa é a parte que mais deveríamos de trabalhar e incorporar em nosso atendimento.

4 Avaliação da intervenção

A intervenção foi realizada na UBS Wolff no município de Tapes/RS nos meses de maio, junho, julho e agosto de 2015, com a participação de 249 idosos. Para a análise dos resultados, será utilizada a estimativa populacional da planilha da coleta de dados, que estima que 10% da população sejam de pessoas idosas, ou seja, 400 idosos.

4.1 Resultados

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 70 %.

Atingimos 62,3% da meta estimada. No mês 1: 60 idosos (15%); no segundo e terceiro mês 150 (37,5%) e no mês 4 foram 249 idosos (62,3%). Em nossa estratégia de saúde buscamos a melhoria da qualidade do atendimento na saúde do idoso, já que na área de abrangência a estimativa é 400 idosos entre 60 e 90 anos, quando iniciei meu trabalho tínhamos somente 37% cadastrados e essa meta foi aumentando gradativamente. Assim, à medida que as ações foram desenvolvendo houve um incremento paralelo deste indicador e de forma satisfatória melhoramos o atendimento e o acesso ao nosso sistema de saúde, bem como a qualidade do atendimento.

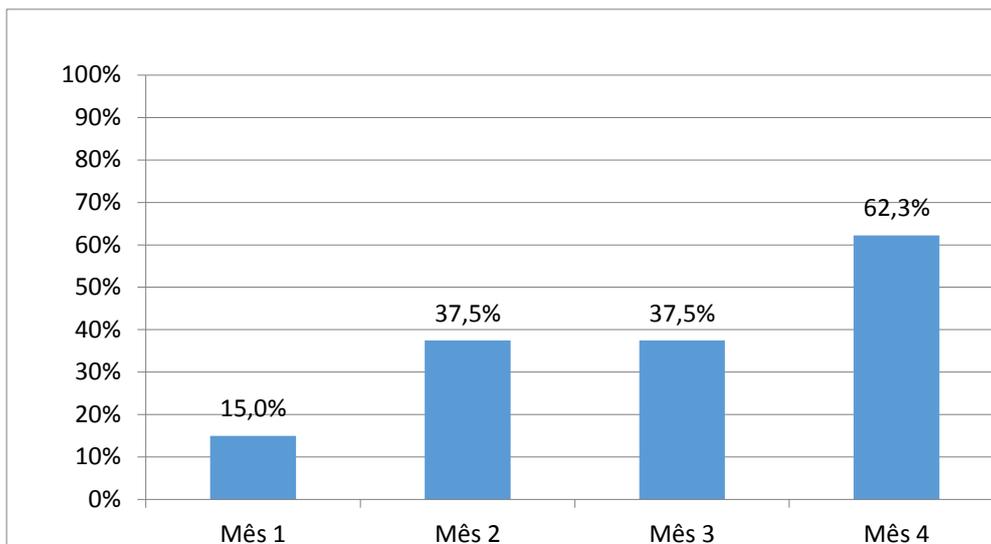


Figura 4: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na UBS Wolff Tapes/RS, 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPel, 2015.

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

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

No primeiro mês foram avaliados 60 idosos (100%), no segundo e terceiro mês 140 (98,7%) e no quarto mês foram avaliados 241 idosos (99,6%).

O alcance dessa meta foi baseado na evolução dos números de idosos cadastrados e em atendimento ao longo da intervenção com o desenvolvimento das ações. O processo de divulgação foi a ferramenta mais importante que utilizamos para a integração da população.

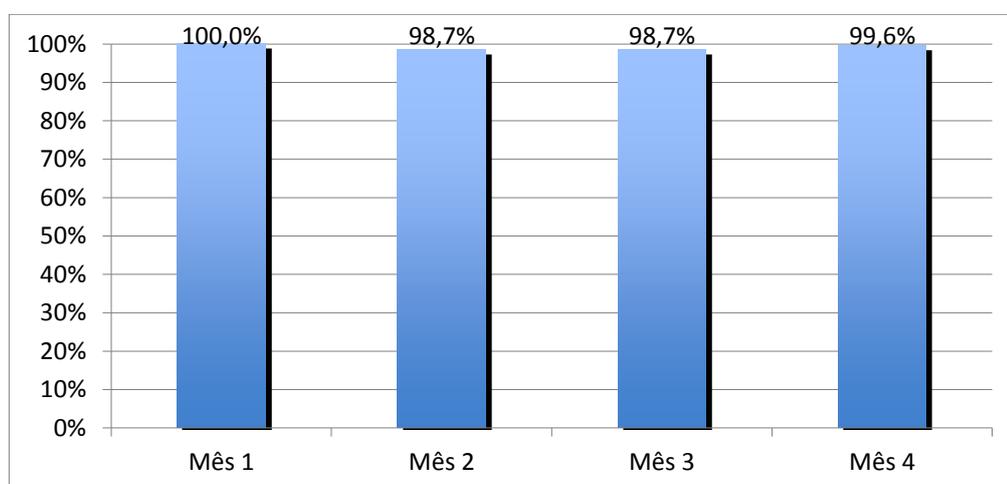


Figura 5: Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia na UBS Wolff, Tapes/RS, 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPel, 2015.

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.

No primeiro mês foram avaliados 53 idosos (88,3%), no segundo e terceiro mês 134 (89,3%) e no quarto mês foram avaliados 234 idosos (94%).

Esta meta foi atingida já que os idosos acreditavam no projeto e o número de consultas e avaliação aumentou em quase 90% com a chegada de novos recursos para a ESF Wolff.

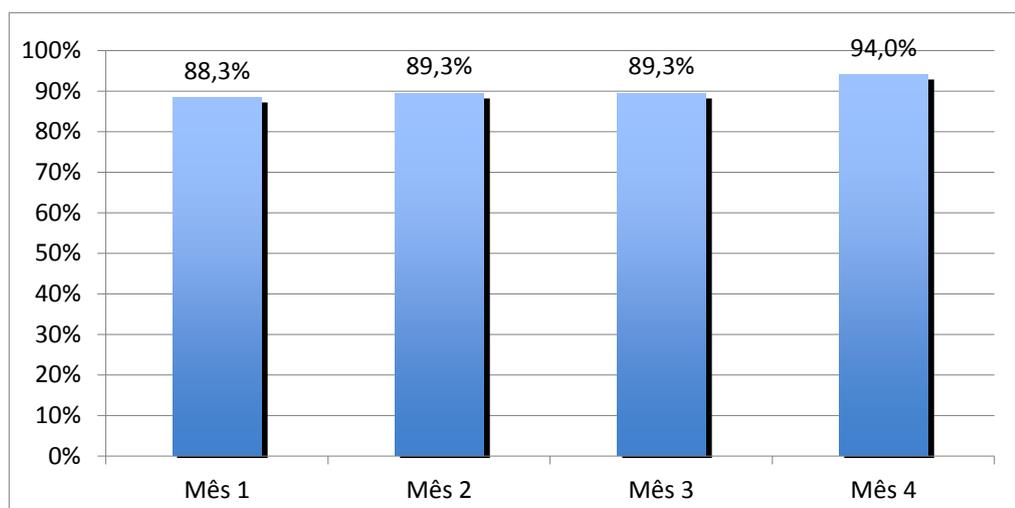


Figura 6: Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia na UBS Wolff, Tapes/RS, 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPel, 2015.

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

Essa meta foi alcançada em 100% nos quatro meses da intervenção, sendo no primeiro 31 idosos, no segundo e terceiro mês 103 e no quarto mês 234 idosos.

Esta meta foi atingida graças à população que teve disposição já que nunca foram avaliados continuamente para solicitação de exames e controle da sua saúde.

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

Essa meta foi alcançada em 100% nos quatro meses da intervenção, sendo no primeiro 60 idosos, no segundo e terceiro mês 150 e no quarto mês 249 idosos.

Foi feita uma consulta com cada paciente para reajustar a dosagem, iniciar o tratamento daqueles sem acompanhamento para doenças crônicas, isto foi feito duas vezes por semana com sucesso, já que a secretaria de saúde em conjunto

com o fórum está trabalhando para conseguir os medicamentos que o SUS não oferecem

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

No mês 1 não conseguimos cadastrar nenhum idoso acamado, no mês 2 cadastramos 2 (50%), no terceiro mês cadastramos 2 (50%), e no quarto mês também dois idosos (50%). O objetivo principal foi alcançado porque nossa principal preocupação eram as condições dos idosos que não tinham acesso à UBS e isso foi resolvido com as visitas domiciliares em parceria com a assistente social.

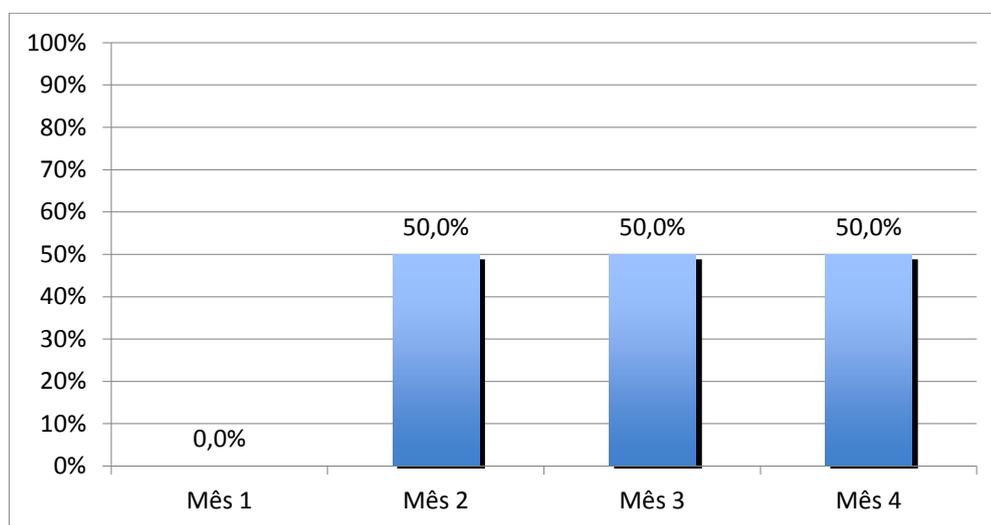


Figura 7: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar na UBS Wolff, Tapes/RS, 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPeI, 2015.

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

No mês 1 não conseguimos visitar nenhum idoso acamado, no mês 2 visitamos os 2 cadastrados (100%), no terceiro mês visitamos 2 (100%), e no quarto mês também dois idosos (100%). Na verdade, os idosos acamados são poucos mais já estão em acompanhamento com exames, controle de medicamentos e avaliação psicossocial.

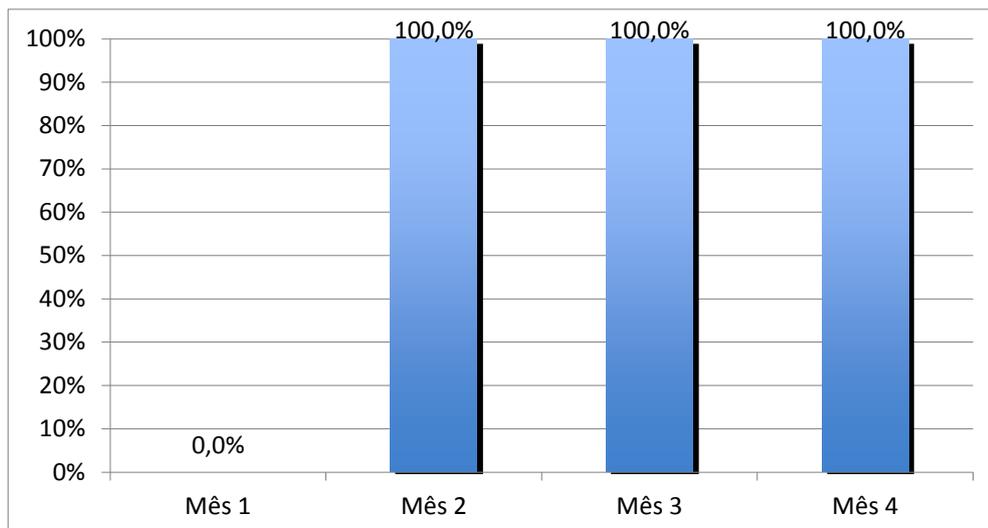


Figura 8: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar na UBS Wolff, Tapes/RS, 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPel, 2015.

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

Essa meta foi alcançada em 100% nos quatro meses da intervenção, sendo no primeiro 60 idosos, no segundo e terceiro mês 150 e no quarto mês 249 idosos rastreados para HAS.

A hipertensão arterial é um problema de saúde que tem aumentado a cada dia. O programa HIPER-DIA foi que ajudou na avaliação multidisciplinar daqueles idosos.

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

Essa meta foi alcançada em 100% nos quatro meses da intervenção, sendo no primeiro 60 idosos, no segundo e terceiro mês 150 e no quarto mês 250 idosos rastreados para DM. Esta meta foi alcançada com a ajuda da divulgação do projeto, que seriam feitos exames laboratoriais, avaliação nutricional e psicológica que antigamente não tinham.

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

Essa meta foi alcançada em 100% nos quatro meses da intervenção, sendo no primeiro 60 idosos, no segundo e terceiro mês 150 e no quarto mês 249 idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

Essa meta foi alcançada graças a nova dentista, já que é uma profissional capacitada, além de responsável com o horário e os atendimentos.

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

Essa meta foi alcançada em 100% nos quatro meses da intervenção, sendo no primeiro 60 idosos, no segundo e terceiro mês 150 e no quarto mês 249 idosos com primeira consulta odontológica.

A disposição do idoso e a responsabilidade da dentista contribuiu, já que tínhamos os recursos para avaliar toda a população acima de 60 anos.

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

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

No mês um conseguimos buscar 60 idosos (100%); no mês 2 e 3 buscamos 143 (98,6%); e no mês 4 236 idosos (98,3%). Tivemos muita ajuda dos familiares que acreditaram no projeto e tiveram o compromisso de levar os idosos para a consulta programada, assim como a divulgação por parte das agentes comunitárias da equipe.

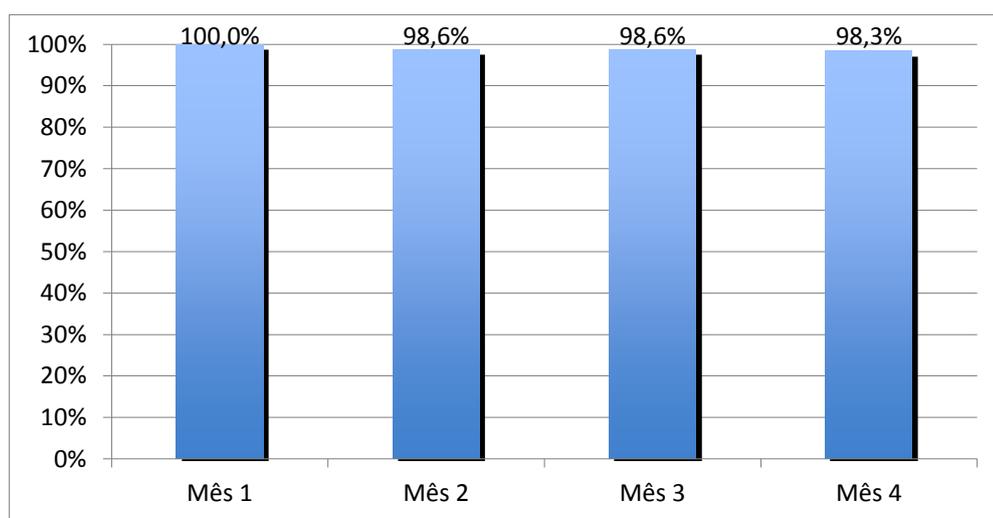


Figura 9: Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa na UBS Wolff, Tapes/RS, 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPel, 2015.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

No primeiro mês foram 60 idosos (100%), no segundo e terceiro mês 149 (99,3%) e no quarto mês 249 (100%) idosos com registro na ficha espelho em dia. Uma estratégia que foi implantada com a finalidade de conhecer os usuários faltosos com a ajuda das agentes de saúde.

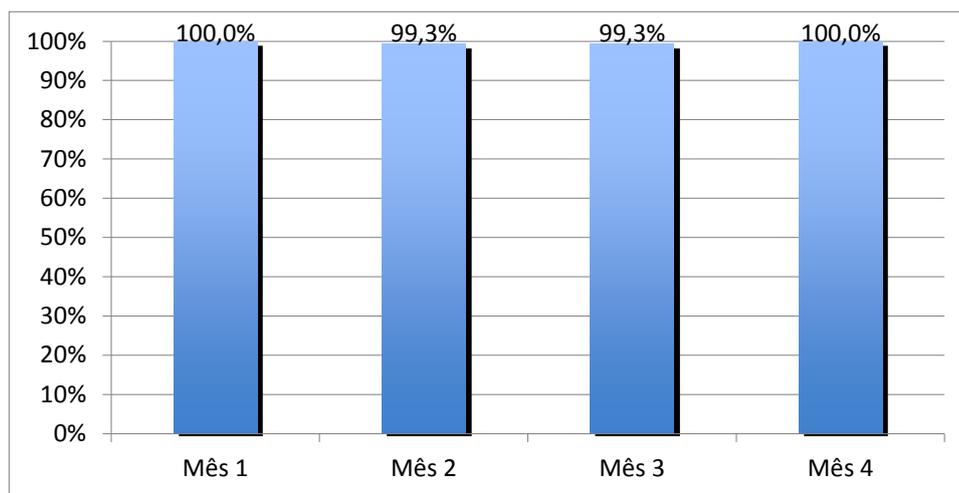


Figura 10: Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia na UBS Wolff, Tapes/RS, 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPel, 2015.

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

Essa meta foi alcançada em 100% nos quatro meses da intervenção, sendo no primeiro 60 idosos, no segundo e terceiro mês 150 e no quarto mês 250 idosos rastreados para DM. Não tivemos problemas e a caderneta ajudou muito nas próximas consultas, já que explicamos que ali iriam ficar anotados seus dados e nas consultas subsequentes a médica já sabia toda a avaliação e situação do idoso.

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

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

No mês 1 conseguimos mapear 60 idosos 100%; no mês 2 e 3, 149 (99,3%) e no mês 4, 248 idosos (99,6%). Os idosos em risco tiveram acompanhamento com prioridade e com a ajuda dos familiares, com a divulgação das agentes comunitárias

conseguimos pesquisar 248 idosos, um número ótimo já que por meio dos indicadores o projeto estava dando certo.

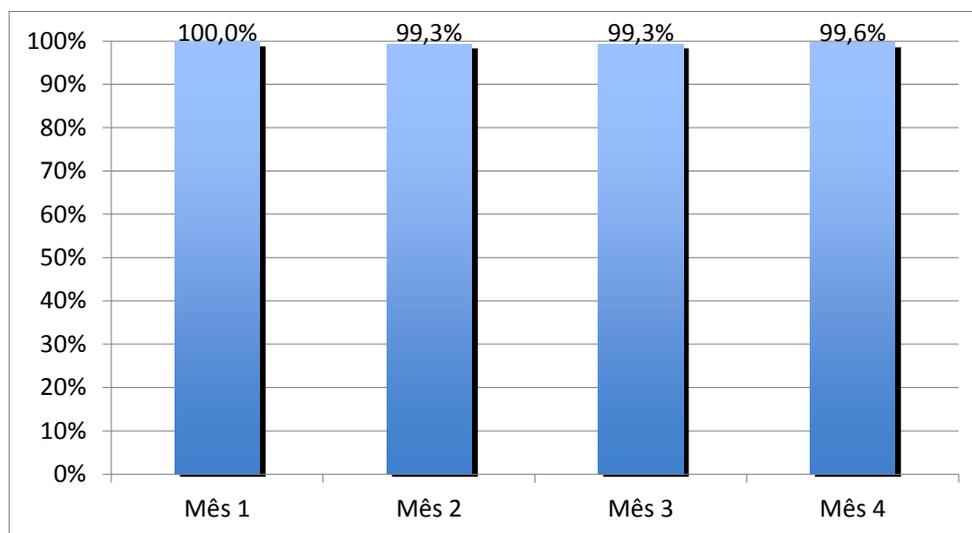


Figura 11: Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia na UBS Wolff, Tapes/RS, 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPel, 2015.

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

Essa meta foi alcançada em 100% nos quatro meses da intervenção, sendo no primeiro 60 idosos, no segundo e terceiro mês 150 e no quarto mês 249 idosos investigados para a presença de indicadores de fragilização na velhice. Os idosos tiveram acompanhamento médico para investigar os fatores de vulnerabilidade como por exemplo a alimentação, trato dos familiares, uso em dia de medicamentos, até trabalhamos na ajuda de aposentadorias e também fizemos pesquisas em usuários para receber ajuda do governo já que muitos não tinham.

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

Essa meta foi alcançada em 100% nos quatro meses da intervenção, sendo no primeiro 60 idosos, no segundo e terceiro mês 150 e no quarto mês 249 idosos com rede social avaliada. Foi garantido o direito à saúde e avaliação multidisciplinar pelos serviços que são oferecidos na nossa cidade dos quais 249 idosos participaram em conjunto com assistentes sociais e nas reuniões de equipe.

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos

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

Essa meta foi alcançada em 100% nos quatro meses da intervenção, sendo no primeiro 60 idosos, no segundo e terceiro mês 150 e no quarto mês 249 idosos com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis. Foi uma meta exitosa já que nossa nutricionista colaborou com várias palestras e gráficos que ajudaram o idoso a perceber qual é a alimentação mais adequada de acordo com a patologia ou doença, tratando casos de obesidade, promovendo mudanças do estilo de vida e combate ao sedentarismo.

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

Essa meta foi alcançada em 100% nos quatro meses da intervenção, sendo no primeiro 60 idosos, no segundo e terceiro mês 150 e no quarto mês 249 idosos com orientação para a prática regular de atividade física. Foi uma das principais metas já que fizemos várias jornadas de atividade física regular de pouco esforço, bem significativas com a ajuda de uma educadora física de ótima qualidade que explicou que o sedentarismo não estava justificado naquela idade.

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

Conseguimos garantir orientações sobre higiene bucal no primeiro mês para 60 idosos (100%), no segundo e terceiro mês 150 (100%) e no quarto mês 247 idosos (98,8%). Muitos dos idosos precisavam da avaliação bucal, muitos tiveram vergonha, mas depois ficaram dispostos a colaborar com muita vontade, já que nossa dentista é uma ótima profissional a qual orientou de forma que eles entenderam quais são os maiores cuidados que devem ter no momento de fazer sua higiene bucal e quantas vezes ao dia devem fazer.

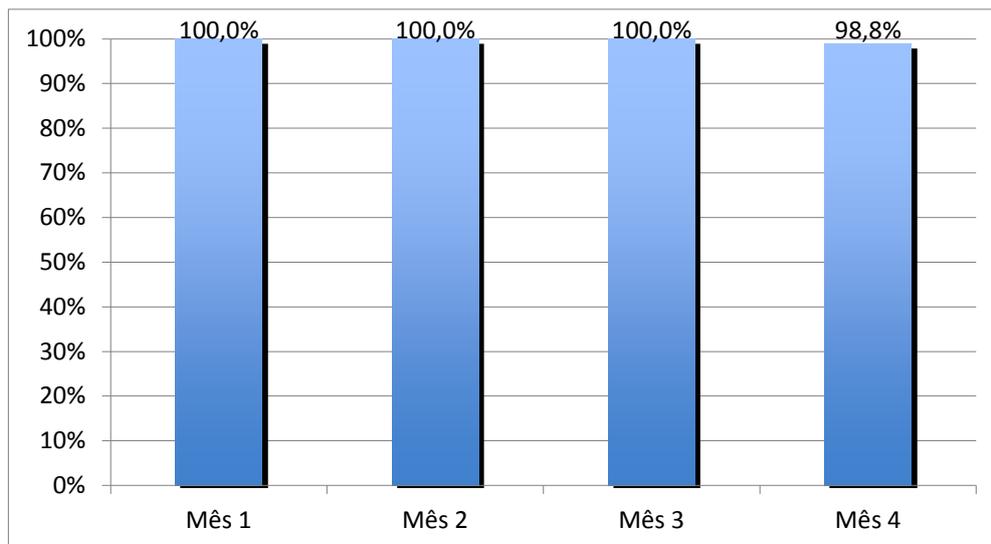


Figura 12: Proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia na UBS Wolff, Tapes/RS, 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPel, 2015.

4.2 Discussão

Na ESF Wolff o Programa de saúde do idoso, teve o desenvolvimento esperado, já que houve uma ampliação da cobertura com acolhimento de 249 idosos com melhoria na qualidade na atenção, na recepção e pesquisa desse importante grupo de usuários acima de 60 anos já que contamos com muitos aspectos que ajudou ao desenvolvimento das atividades, exemplo a participação do gestor o qual disponibilizou os profissionais do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), e também custeio os lanches e folders.

Os usuários não tinham a sua disposição esse modelo de atividade, uma vez que nunca haviam sido avaliados pois não tinham acesso ao sistema de saúde de forma contínua devido à baixa permanência do profissional médico na equipe.

A intervenção foi muito importante para a equipe. Convém destacar que a intervenção exigiu a capacitação da equipe já que tiveram mudanças de grandes dimensões nas ações de promoção e prevenção na ESF Wolff. As ações programáticas como a integralidade na atenção a pessoas idosas e a reorientação no acompanhamento do Programa do Idoso teve a participação de toda a equipe que promoveu o trabalho de maneira integral e distribuído ao mesmo tempo de maneira proporcional entre todos os integrantes. A técnica de enfermagem acolheu ao público alvo da intervenção. O monitoramento e avaliação semanal das fichas de

acompanhamento/espelho foram realizados pela enfermeira e pela médica nas consultas com oportunidade de oferecer todas as recomendações de saúde.

Para o serviço foi importante pois o processo de monitoramento e avaliação semanal que garantiu o adequado preenchimento dos registros e o agendamento dos usuários idosos viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea. A classificação de risco foi muito importante para apoiar o acompanhamento do número de consultas e aumentar o controle dos idosos faltosos.

A comunidade teve uma participação e aceitação ótima. Para a comunidade foi importante pois houve uma maior aproximação da comunidade e nosso serviço de saúde, porque considero que era uma população afastada de qualquer serviço de atenção primária e a intervenção ajudou e muito a diminuir as idas e demandas pelo Pronto Atendimento os quais não considero como resolutivos porque são médicos de emergência e o idoso acabava ficando sem acompanhamento médico por se tratar de doença crônica.

A intervenção será incorporada à rotina do serviço que irá continuar mesmo com qualquer obstáculo político e falta de repasse de recursos.

5 Relatório da intervenção para gestores

Em nossa equipe de saúde ESF Wolff do município Tapes/RS foi realizada a intervenção com foco na saúde do idoso com duração de 16 semanas a qual se prolongou porque ocorreram muitos atrasos com respeito às minhas orientações, mais tudo deu certo com o apoio à distância e a aceitação do gestor do município o qual ficou realmente satisfeito com os resultados. A intervenção teve como objetivo ampliar a cobertura e avaliar as condições da população em estudo, já que os indicadores no momento do planejamento eram muito baixos.

Nosso projeto foi iniciado com uma análise situacional onde destacamos que tínhamos todas as condições para fazer e realizar o projeto, tanto como estruturais como viabilizar o desenvolvimento das ações do SUS que antes não aconteciam representando um problema de saúde e um problema político devido à grande demanda sem atendimento, responsabilizando de forma direta o gestor.

Após avaliação da situação demos início ao processo de capacitação, o que propiciou além da elevação do nível profissional dos seus integrantes, a articulação do mesmo, desenvolvendo as tarefas de maneira integrada, cada um assumindo suas atribuições. Conjuntamente foram realizadas uma série de ações de engajamento público que visavam a articulação com a comunidade, como: sensibilização e divulgação do projeto, palestras, intervenções na sala de espera com temas associados, reuniões da equipe com presença de liderança e representantes da gestão, sempre solicitando seus apoios. De maneira proporcional ao cumprimento destas ações, em parceria com a gestão e comunidade foram se incrementando os diferentes indicadores significativamente melhorando a demanda espontânea, reduzindo o número de encaminhamentos ao hospital sem necessidade, contratando dentista, nutricionista e psicólogas. Tudo isso possibilitou o cumprimento dos objetivos traçados e atingir a meta, facilitou a articulação da equipe com os diferentes setores que finalmente possibilitou o melhoramento da qualidade do atendimento, reassumindo cada um as suas atribuições, alcançado, assim, uma meta de 249 idosos avaliados com ajuda do prefeito o qual teve a maior disposição e igualmente o secretário de saúde.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

A intervenção em saúde do idosos foi aceita e avaliada por nossa população a qual determinou que realizar a intervenção traria melhorias a respeito do atendimento e qualidade do serviço, para aumentar a cobertura e participar em todas as atividades que foram programadas durante as 16 semanas. A intervenção foi iniciada com um indicador de cobertura baixo tendo como resultado uma reunião em conjunto com algumas pessoas da comunidade os quais ficaram sabendo por divulgação de nossas agentes de saúde comprometendo-se a participar e levar em andamento todas as ações programadas.

Na nossa segunda semana já notamos um aumento no número de atendimentos, de idosos acolhidos, o agendamento dessa faixa etária aumentou substancialmente com a participação dos familiares que fizeram o cadastramento do jeito correto daqueles idosos que tinham em suas casas em total abandono, tendo como principal queixa que precisavam de ajuda urgente já que eram agressivos, agitados, com doenças crônicas que não tinham acesso ao sistema de saúde pela falta de médico, recurso e pessoal capacitado. Assim, houve um aumento na demanda no primeiro mês para 40% de usuários atendidos, realizamos a maioria das atividades que tínhamos como objetivo no começo da intervenção. É muito importante ressaltar que apesar de ser uma população com poucos recursos sempre teve disposta a ajudar e participar, foi tanto o aceite que foi dirigida uma carta à nossa secretaria de saúde pedindo a implantação desse programa para todas as unidades de saúde da cidade.

Iniciado o segundo mês da intervenção os usuários foram cadastrados de maneira rápida, fácil e quase sem problemas. Em ação conjunta com a gestão conseguimos a realização e entrega prioritária de exames laboratoriais para aqueles com intercorrências e doenças crônicas, assim como o sistema de prioridade na realização da primeira consulta odontológica programática garantindo que 100% deles fossem atendidos tendo algumas faltas alegando vergonha, mais toda a experiência adquirida sensibilizou o idoso acreditando sempre que tinha um serviço à sua disposição, acolhimento e facilidade de assistência.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

O meu processo de aprendizagem foi realmente estressante, produto de não ter muito conhecimento da atenção básica que se maneja no Brasil já que como médica minha residência foi em ginecologia e obstetrícia, mais quanto mais passava o tempo, mais se ajeitava tudo, tentei conhecer o pessoal e capacitar aquelas pessoas que eu sabia que eram boas para determinadas coisas, sempre com respeito para minha equipe e fazendo todo meu esforço.

Teve e ainda tenho muitas dificuldades na informática, assim como também no idioma, agora um pouco menos do que no início do projeto. Procurei resolver com dedicação e perseverança cada problema, obstáculo ou dificuldade que atravessou nesse caminho, tenho muito que agradecer à minha equipe que sempre teve disposta para ajudar.

Pela parte psicológica este projeto afetou minha vida, mais no começo não sabia o que fazer causando-me uma preocupação que hoje acho que não era necessária porque tudo nessa vida tem solução, todas as coisas negativas passaram a ser positivas, o medo sumiu para finalmente começar a dar andamento ao nosso grande projeto.

Tenho muito que agradecer às minhas orientadoras que cada vez que errava elas faziam e ainda fazem as correções da melhor maneira. Tudo isso ajudou nossa integração, como equipe de verdade e nos fortaleceu, uma vez que a adaptação de novas técnicas de trabalho depende de muita produção, interesse e desempenho profissional.

Com tudo isso posso dizer com certeza que foi uma gratificante experiência que melhorou minhas habilidades de comunicação já que é um importante instrumento de apoio para levar à cabo qualquer trabalho, houve integração dos usuários, familiares, equipe de saúde e gestor o qual foi uma garantia para o sucesso da intervenção.

Referências

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; 44 p: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12)

JOÃO BASTOS FREIRE NETO (Brasil). Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (Org.). **Envelhecimento no Brasil e Saúde do Idoso: SBGG divulga Carta Aberta à população**. 2014. Disponível em: <<http://sbgg.org.br/envelhecimento-no-brasil-e-saude-do-idoso-sbgg-divulga-carta-aberta-a-populacao-2/#!/sbgg>>. Acesso em: 15 set. 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 Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo B - Planilha de coleta de dados

Indicadores de Saúde do Idoso - Mês 1													
Dados para coleta	Número do idoso	Nome do idoso	Idade do idoso	O idoso está com a Avaliação Multidimensional Rápida em dia?	O idoso está com exame clínico apropriado em dia?	O idoso é hipertenso e/ou diabético?	O idoso hipertenso e/ou diabético está com solicitação de exames complementares periódicos em dia?	O idoso está com prescrição de medicamentos prioritariamente pela Farmácia Popular?	O idoso está acamado ou tem com problemas de locomoção?	O idoso acamado ou com problemas de locomoção recebeu visita domiciliar?	O idoso teve a verificação da pressão arterial na última consulta?	O idoso está com pressão sustentada maior que 135/80mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica?	O idoso hipertenso foi rastreado para diabetes?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de idosos cadastrados	Nome	Em anos	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim
1	1												
2	2												
3	3												
4	4												
5	5												
6	6												
7	7												
8	8												
9	9												
10	10												
11	11												
12	12												
13	13												

Fonte: Programa de saúde do idoso

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

Eu, Natalia Vielma Palacios, médica, 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.

Natalia Vielma Palacios

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