

**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 General Câmara,
General Câmara/RS**

Noradis Roque de los Santos

Pelotas, 2015

Noradis Roque de los Santos

**Melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa na UBS General Câmara,
General Câmara/RS**

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

Orientadora: Fabiana Barros Marinho Maia

Pelotas, 2015

**Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação**

S237m Santos, Noradis Roque de los

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na UBS General
Câmara, General Câmara/RS / Noradis Roque de los Santos; Fabiana
Barros Marinho Maia, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

62 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Saúde do Idoso
4.Assistência domiciliar 5.Saúde Bucal I. Maia, Fabiana Barros
Marinho, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico esta e todas as minhas demais conquistas, aos meus amados pais, Piedad de los Santos e Julio Roque, minha filha Norielbys Hernandez, minha irmã Nora Belkis Roque, que falta vocês me fazem! E minhas preciosas sobrinhas, meus melhores e maiores presentes...

Agradecimentos

A Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades.

A esta universidade, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a janela que hoje vislumbrou um horizonte superior, elevado pela confiança no mérito e éticos aqui presentes.

A minha orientadora Fabiana, pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivos.

Aos meus pais, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

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

Resumo

SANTOS, Noradis Roque de los. **Melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa na UBS General Câmara, General Câmara/RS.** 2015. 60f Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

O número de pessoas idosas vem crescendo continuamente. A pessoa idosa tem características e peculiaridades com relação a sua saúde, com maior risco de desenvolver doenças crônicas, fragilização da saúde, risco de quedas, dificuldades de locomoção. O atendimento este grupo de pessoas deve estar capacitado para atender a todas as necessidades e oferecer um bom tratamento, acompanhamento e prevenção, melhorando a qualidade de vida da população. Com este intuito, foi realizada na UBS General Câmara uma intervenção com foco na saúde da pessoa idosa. Foi realizada no município de General Câmara em Rio Grande do Sul, nossa equipe de saúde escolheu a intervenção no foco de atenção a saúde de idoso, pois a cobertura deste programa estava 42,9% para tanto o objetivo geral foi melhorar a atenção a saúde do idoso na UBS general câmara, município General Câmara /RS e como meta nos propusemos ampliar a cobertura a 90 % em um período de 4 meses. Os resultados não foram como esperávamos; cadastrar a 281 usuários idosos o que representou 80,3%, ampliar a cobertura de atenção a saúde de idoso a 80,3 % além disso, que 100% dos usuários idosos atendidos e cadastrados tivessem uma avaliação integral com todas as consultas, com avaliação multidimensional rápida, exame clínicos apropriado em dia, solicitação de exames complementares periódicos em dia a hipertensos/diabéticos, prescrição de medicamentos na farmácia popular, visitas domiciliares acamados e com problemas de locomoção, busca ativa a idosos faltosos a consulta, avaliação para necessidades odontológicas, registro de fichas espelhos em dia, caderneta de saúde de idosos, avaliação morbimortalidade em dia, avaliação para fragilização de velhice, de saúde bucal, orientação nutricional, orientação sobre prática de atividade física, a intervenção foi muito importante para a equipe. A equipe de saúde foi capacitada para desenvolver a intervenção de acordo com as metas proposta e seguindo as recomendações do Ministério da Saúde relacionadas com atenção a saúde de idosos, acompanhamento e monitoramento dos usuários idosos. Promoveu o trabalho integrado em equipe, envolvendo o médico, a enfermeira, a odontóloga, a auxiliar de enfermagem, os ACS e a recepcionista. Nossa intervenção terminou com muito impacto na organização do atendimento de nossa UBS além de melhorar a qualidade da atenção, a maioria dos usuários idosos começou a confiar no atendimento da unidade básica de saúde, melhorou o trabalho e qualidade dos ACS, e as visitas domiciliares. Além de acompanhar os idosos acamados e com problemas de locomoção, a intervenção mostrou as atribuições da equipe viabilizando a atenção a maior número de pessoas. Melhorou o atendimento aos idosos, viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea. Apesar da ampliação da cobertura de atenção a saúde de idosos ainda temos que continuar trabalhando, pois ainda temos usuários idosos sem atendimento, ainda precisamos ampliar a cobertura para 90% dos idosos de nossa área de abrangência.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Equipe da UBS General Câmara, General Câmara/RS.	35
Figura 2	Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na UBS General Câmara. Fonte: Planilha final de coleta dos dados, 2015.	38
Figura 3	Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada na UBS General Câmara. Fonte: Planilha final de coleta dos dados, 2015.	40
Figura 4	Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS General Câmara. Fonte: Planilha final de coleta dos dados, 2015.	43
Figura 5	Proporção de idosos faltosos que receberam busca ativa na UBS General Câmara. Fonte: Planilha final de coleta dos dados, 2015.	44

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária de saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	9
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	13
2 Análise Estratégica	15
2.1 Justificativa.....	15
2.2 Objetivos e metas.....	17
2.2.1 Objetivo geral.....	17
2.2.2 Objetivos específicos e metas	17
2.3 Metodologia.....	18
2.3.1 Detalhamento das ações	19
2.3.2 Indicadores	24
2.3.3 Logística.....	29
2.3.4 Cronograma.....	32
3 Relatório da Intervenção.....	34
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	34
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	35
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	35
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	36
4 Avaliação da intervenção.....	37
4.1 Resultados	37
4.2 Discussão.....	48
5 Relatório da intervenção para gestores	51
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	53
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	54
Referências	55
Anexos	56

Apresentação

O presente volume apresenta o trabalho de conclusão de curso intitulado: Melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa na UBS General Câmara, General Câmara/RS. Está organizado em sete capítulos:

Capítulo 1 – Análise Situacional apresenta o município, a estrutura e organização da rede de saúde, a estrutura da unidade básica de saúde onde aconteceu a intervenção, as principais ações programáticas realizadas e os indicadores de cobertura e qualidade dessas ações.

Capítulo 2 – Análise Estratégica apresenta a justificativa, objetivos e metas, detalhamento das ações, metodologia, cronograma da intervenção, os indicadores e a logística do projeto.

Capítulo 3 – Relatório da Intervenção apresenta as ações previstas e desenvolvidas no projeto, e as que não foram desenvolvidas, os aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados e a viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.

Capítulo 4 – Avaliação da Intervenção apresenta os resultados, assim como as dificuldades enfrentadas na intervenção.

Capítulo 5 – Relatório para os gestores é o resumo da intervenção para a gestão municipal.

Capítulo 6 – Relatório da intervenção para a comunidade.

Capítulo 7 – Reflexão Crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem demonstra a aprendizagem no decorrer do curso de especialização em Saúde da Família modalidade Ensino à Distância (EaD) da Universidade Federal de Pelotas, e o que o curso significou para a minha prática profissional.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Trabalho na Unidade Básica de Saúde (UBS) de General Câmara, no município de General Câmara/ RS. O município conta com três unidades de saúde na região rural e uma na região urbana (com consultas de clínico geral, ginecologista, cardiologista, pediatria, geriatria, psicologia, odontologia, além de sala de vacina, sala de curativos, sala de enfermagem e farmácia).

O trabalho na Unidade tem como organização: pela manhã são realizadas consultas agendadas e atendimento da demanda espontânea onde são atendidos um total de 15 usuários; pela tarde são realizadas visitas domiciliares em equipe e consultas médicas. Nossa Unidade de Saúde ainda não possui estrutura de Estrutura de Saúde da Família (ESF), mas se fazem visitas a usuários com doenças crônicas, acamados, usuários com sequelas de doenças. Acredito que nossa equipe está bem organizada, mas temos que melhorar a incorporação de serviços, tais como laboratório clínico, fisioterapia e assim melhorar a atenção prestada à população.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de General Câmara, localizado na Depressão Central do Estado do Rio Grande do Sul, limita-se ao Norte com Taquari e Venâncio Aires; ao Sul, com São Jerônimo e Butiá; ao Leste, com Triunfo; ao Oeste, com Vale Verde. Tem uma população de 8.447 habitantes (4.966 moram na região urbana e 3.481 moram em região rural). Tem uma Unidade Básica de Saúde (UBS) urbana que ainda está em

fase de estruturação para se transformar em Estratégia de Saúde Familiar (ESF). Temos disponibilidade de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e não contamos com Centro Especializado de Odontologia (CEO) no município. Também não contamos com hospital no município, não tem laboratório na UBS, mas temos laboratório no município.

A UBS onde presto meus serviços é urbana, mas atende a população rural que precisa de atendimento médico por demanda espontânea, e emergência/urgência. Contamos como seguintes profissionais: dentista, enfermeira, médico, psicóloga, técnico em enfermagem, além dos profissionais que trabalham com a parte administrativa. A UBS mantém vínculo com o SUS, pelo qual podemos encaminhar usuários e resolver problemas de saúde que não podem ser resolvidos na Unidade. Além disso, mantemos um vínculo com as escolas onde se proporciona informações de saúde e oferecemos atividades de promoção e prevenção de saúde, além de campanhas de vacinação. Minha Unidade não possui vínculo com as instituições de ensino superior, não contamos com nenhum profissional que esteja realizando estudos de estágios e prática de ensino em nossa Unidade.

A UBS tem uma estrutura física em bom estado, conta com as principais salas necessárias para o serviço como: quatro consultórios médicos, uma sala de vacina, um consultório odontológico. Como deficiência pode-se citar que não temos consulta de fonoaudióloga e nutricionista. Verificam-se alguns problemas estruturais, mas a gestão está trabalhando para resolver. Uma delas é a criação de rampas com objetivo de evitar barreiras arquitetônicas, reforma de salas e consultórios com a privacidade adequada para oferecer atenção eficiente aos usuários, e construção de banheiros em bom estado. Outra deficiência que temos é a pouca capacidade de receber usuários, pois os corredores e sala de acolhimento são muito pequenos, além disto, os usuários atrapalham a consulta médica, pois ficam esperando na fila muito perto dos consultórios médicos. As estratégias que devem ser tomadas são: contratação de mais profissionais de saúde; construção/adaptação de locais adequados para estes profissionais, além de ampliar a sala de recepção dos usuários.

As atribuições da minha equipe é fazer um bom acolhimento aos usuários, e oferecer o atendimento necessário. Quanto aos fatores negativos da equipe, pode-se citar o pouco conhecimento dos profissionais de saúde quanto ao papel que deve desenvolver na UBS, e a pouca comunicação entre os diferentes profissionais

A atenção à população é diária, nos dois turnos, onde sempre que o usuário procura por qualquer serviço oferecido na UBS, encontra uma atenção adequada e de qualidade. O maior problema é a necessidade de encaminhamentos com especialistas, pois uma vez que se encaminha o usuário para especialista este demora muito para conseguir a consulta especializada. No município, contamos com as seguintes especialidades: pediatria, ginecologista, cardiologista e geriatria, psicologia, atendem uma vez por semana. Mas, quando existe alguma urgência ou emergência temos a capacidade de receber o usuário, oferecer apoio básico e encaminhar o usuário para receber o tratamento adequado em um serviço mais especializado de acordo com as necessidades do usuário.

Nosso município tem uma população de 8.447 habitantes, destes 4.214 são mulheres e 4.233 homens, com um grande número de pessoas idosas. As estratégias para a ESF, quando for efetivada, são as visitas domiciliares para obter uma população mais assistida e, assim, também adquirir os conhecimentos dos maiores problemas de saúde que afetam nossa comunidade. O serviço na UBS é suficiente para a população, nenhum usuário fica sem atendimento médico ou de outro serviço oferecido na UBS. A demanda espontânea é resolvida por todos os profissionais da UBS, e todos os usuários recebem atendimento quando precisam. Ou seja, minha UBS não tem dificuldade no acolhimento dos usuários, pois consideramos nosso acolhimento bom, pois os usuários não precisam aguardar mais de 5 minutos para serem atendidos.

Quanto à saúde da criança, utilizamos o protocolo de atenção à saúde da criança do Ministério de Saúde, caderno de atenção básica nº 33. De acordo com o caderno de ações programáticas, estima-se um total de 101 crianças menores de um ano na área de abrangência da UBS, mas, apenas 89 (88%) são acompanhadas. Há 84 crianças com as vacinas em dia. A equipe precisa melhorar a atenção à criança, principalmente a médica e dentista, precisando criar um agendamento de puericulturas para oferecer um melhor acompanhamento às crianças. Com relação a registros, contamos apenas com os registros de vacinação das crianças, prontuário clínico e caderneta de crianças. Minha UBS oferece consultas de pediatria todas as semanas, em dois dias e turnos diferentes, onde tem acesso todas as crianças. Ainda temos muito que trabalhar para melhorar a saúde das crianças e elevar o conhecimento das mães a respeito da importância de comparecer à consulta e realizar o teste do pezinho, além disso, devemos melhorar

a rotina da UBS para que em cada consulta, subsequente já fique marcada. Participa na consulta de puericultura, a enfermagem, médico, técnico de enfermagem. O trabalho é realizado em grupo.

A atenção às gestantes é mais organizada, temos protocolos e as gestantes que são atendidas na UBS são cadastradas e acompanhadas até o momento do parto, e se existir algum risco na gestação são encaminhadas para o serviço de ginecologia onde recebem um atendimento especializado/ adequado. São acompanhadas em nossa UBS 39 gestantes, o que representa 31%, a estimativa de gestantes é 39, as que precisam de atendimento por alguma doença são atendidas por demanda espontânea. Ressalta-se que, todas têm carteira de gestantes e existe protocolo de atendimento para as gestantes. Oferece-se na UBS imunização, atendimento a doenças agudas das gestantes, saúde bucal, saúde mental, pesquisa de câncer de colo do útero e outros. Quanto ao puerpério estima-se 101 partos nos últimos 12 meses, mas, apenas 43 (43%) das mulheres realizaram consulta de puerpério nos últimos 12 meses.

Quanto ao controle do câncer de útero, a cobertura de acordo com o caderno de ações programáticas é 96%, porque estima-se 2326 mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos moradoras da área de abrangência, mas, 2232 são acompanhadas. Não existe controle da usuária depois de realizar o exame que é orientado na consulta médica quando ela recebe o resultado. Quanto ao câncer de mama, a estimativa é de 872 mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos, mas, 648 (74%) são acompanhadas. Para um melhor trabalho e acompanhamento na UBS precisamos criar um registro de planejamento para conhecer as usuárias que não tem um controle adequado, e poder oferecer informações de quando precisam realizar seus exames de forma programática em dia. Existe manual técnico para câncer de colo de útero e câncer de mama, mas a deficiência em minha UBS é falta de um acompanhamento para as usuárias que tiveram exames positivos para a doença. As ações realizadas são pesquisa de rastreamento de câncer de colo, palestras educativas. Existem avaliação e monitoramento de todas as atividades. Foi realizado em grupo.

As pessoas com hipertensão e diabetes são atendidas em minha UBS e contamos com manual técnico para estas doenças. Temos 977 usuários com hipertensão representando 52% de cobertura, e 197 usuários com diabetes, representando 36% de cobertura. As ações: como cadastramento dos usuários com

essas doenças crônicas, criação de um grupo específico, orientação de tratamento aos usuários com essas doenças, orientação sobre a importância de assistência a consulta de acompanhamento para controle de estas doenças.

A atenção à saúde dos idosos é outra deficiência que encontramos em nossa Unidade, pois apenas 150 (42,9%) usuários idosos da nossa área de abrangência são acompanhados, enquanto a estimativa é de 350 residentes. Não temos grupos de idosos nem ações de saúde para seu atendimento. No entanto, realizamos visitas domiciliares cuja prioridade é o idoso com problemas de saúde específicos que não pode ser assistido na UBS (como acamados e com alguma limitação para sair de casa), mas não contamos com ações dirigidas aos usuários idosos nem programas de prevenção e promoção de saúde. Em minha UBS são atendidas as pessoas idosas de acordo com o manual técnico, mas não monitoramos as pessoas idosas, ou seja, não temos seguimento com estes usuários, não de forma programática. Entre as deficiências que temos é que não contamos com registro especial para os idosos, assim como não temos planejamento das consultas e não fazemos seguimentos aos usuários.

Os maiores desafios de nossa UBS, depois de ter estudado todas as ações programáticas que foram descritas nesta análise, deveria ser transformar a UBS em uma Equipe de Saúde da Família (ESF), a fim de conquistar um trabalho de prevenção de doenças e promoção da saúde. Por meio de uma ESF teríamos um trabalho mais organizado, um melhor conhecimento do território e assim poderia desenvolver atividades que visem uma saúde integral e de qualidade para a população. Com o estudo do caderno de ações programáticas, está demonstrado que ainda temos muito trabalho por fazer, aspectos que ainda precisam ser melhorados e analisados pelo profissional de saúde, com objetivo de melhorar o serviço e a saúde de nossa população.

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

A situação de minha UBS ao início não era favorável, pois, não tinha estrutura de ESF, e, portanto, não havia planejamento das consultas e das visitas domiciliares. Atualmente, minha UBS está em fase de transição para a estrutura de

ESF. Há diferença entre os dois textos, pois o relatório de análise situacional está mais enriquecido e têm mais dados. Tendo em vista que foi realizado um levantamento situacional, mostrando que é importante conhecer os problemas que existem de forma mais profunda, para daí buscar estratégias de enfrentamento. Por isso é de extrema importância conhecer a realidade de cada UBS para promover um bom planejamento de saúde. Quando escrevi o texto inicial, eu não conhecia a realidade da minha UBS e do meu município. De posse dos instrumentos disponibilizados pelo curso: questionários e caderno de ações programáticas foram possíveis analisar a situação da UBS de forma mais completa.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A ação programática saúde do idoso é muito importante em qualquer contexto da Atenção Primária em Saúde, para monitorar a cobertura dos idosos com acompanhamento na UBS, mediante a organização e gestão de serviços, cadastram-se todos os idosos da área de cobertura da UBS, acolhem-se os idosos e mantêm-se atualizadas as informações de SIAB, além de melhorar a qualidade de vida dos idosos e oferecer uma atenção adequada. A atenção à saúde dos idosos é outra deficiência que encontramos em nossa Unidade, pois temos 350 usuários idosos nossa área de abrangência. Apenas 150 idosos são acompanhados na UBS, pois os demais não tem boa adesão e falam que o atendimento não era o mais apropriado, além de que quando visitavam a Unidade demoravam muito para serem atendidos. Não tem caderneta do idoso, não se realiza avaliação multidimensional rápida, são atendidos de 10-12 idosos por dia, temos 70 idosos com hipertensão arterial, 30 idosos com diabetes melitus, 106 idosos tem avaliação de risco para morbimortalidade, nenhum usuário idoso realizaram investigação de indicadores de fragilização na velhice, 123 recebem orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, 123 usuários idosos recebem orientação para atividade física regular, 5 tem avaliação de saúde bucal em dia.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) é urbana ainda está em fase de estruturação para Estratégia de Saúde Familiar (ESF), temos disponibilidade de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e não contamos com Centro Especializado de Odontologia (CEO) no município. Também não contamos com hospital no município, mas temos laboratório no município. Nosso município tem uma população de 8.447 habitantes, destes 4.214 são mulheres e 4.233 homens.

Mas minha equipe atende uma população de 2.620 usuários. As estratégias para a ESF, quando for efetivada, são as visitas domiciliares para obter uma população mais atendida e, assim, também adquirir os conhecimentos dos maiores problemas de saúde que afetam nossa comunidade. O serviço na UBS é suficiente para a população, nenhum usuário fica sem atendimento médico ou de outro serviço oferecido na UBS. A demanda espontânea é resolvida por todos os profissionais da UBS, e todos os usuários recebem atendimento quando precisam. Não temos dificuldade no acolhimento dos usuários, consideramos nosso acolhimento bom, pois, os usuários não precisam aguardar mais de 5 minutos serem atendido.

Minha população é de 350 usuários idosos na área adstrita, destes, apenas 150 idosos são acompanhados. Não se realiza avaliação multidimensional rápida, são atendidos de 10-12 idosos por dia, temos 70 idosos com hipertensão arterial, 30 idosos com diabetes melitus, só 106 idosos tem avaliação de risco para morbimortalidade, nenhum usuário idoso realizaram investigação de indicadores de fragilização na velhice, só 123 recebem orientação nutricional para hábitos alimentarias saudáveis, nenhum usuário idoso recebem orientação para atividade física regular, 5 tem avaliação de saúde bucal em dia. A adesão não é boa como indicam os números porquê de 350 idosos que tem nossa área de abrangência só são acompanhados pela Unidade básica, 150 idosos o que representa 42,9% da população. Entre as ações de promoção desenvolvidas, durante as consultas orientam-se sobre a importância de uma alimentação saudável, a importância de saúde bucal, de realizar atividade física, importância de vacina e outras informações pertinentes.

A intervenção pode melhorar a atenção da população alvo em diversos aspectos, pois a equipe espera que todos os idosos sejam acompanhados na UBS, aumentar os atendimentos clínicos para os idosos, realizar avaliação multidimensional rápida, avaliação de saúde bucal, fazer investigações de indicadores de fragilização na velhice, atender a todos os idosos com hipertensão e diabetes e orientá-los para realizar atividade física e hábitos alimentares saudáveis.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a Atenção à Saúde da pessoa Idosa na UBS General Câmara, General Câmara/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 90%.

Objetivo2. 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 pediosa e medida da sensibilidade a cada três 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% dos 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 (USF) General Câmara, no Município de General Câmara, Rio Grande do Sul. Participarão da intervenção todas as pessoas, maiores de 60 anos. Será utilizado o protocolo do Ministério da Saúde de

Atendimento à Saúde das pessoas Idosas do ano 2012 além do Caderno de Atenção Básica do Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa de 2007.

2.3.1 Detalhamento das ações

Monitoramento e avaliação

Realizaremos o monitoramento da situação de risco dos idosos por meio do atendimento clínico, cuja finalidade epidemiológica é o estabelecimento de prioridade de atendimento de 90% dos idosos adscritos na UBS General Câmara. O registro para possibilitar o monitoramento será realizado na Ficha Espelho (Anexo B), fornecida pelo curso. O monitoramento da cobertura dos idosos será realizado mensalmente e discutido em reuniões da equipe.

O número de idosos moradores da área de abrangência será monitorado por meio da planilha eletrônica (Anexo C) e a médica ficará responsável por essa ação. Temos como meta alcançar uma cobertura de 90% para estes idosos. Será monitorado o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela Unidade de saúde. As buscas ativas realizadas aos faltosos serão realizadas pelos ACS da equipe, diretamente na residência do idoso, para agendamento de novo atendimento, visando à conclusão dos tratamentos médicos. Estes monitoramentos também serão realizados através da planilha eletrônica. Temos como meta realizar a busca ativa a 100% dos idosos, faltosos as consultas agendadas e concluir o tratamento médico de 100% dos idosos.

Quinzenalmente, serão revisados os prontuários clínicos dos idosos, cuja responsabilidade é da enfermagem que irá monitorar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos mensal em todos idosos acompanhados pela unidade de saúde, monitorar a realização de exame clínico apropriado dos idosos, monitorarem 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, monitorarem o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/ Hiperdia, monitorar o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrada, monitorar realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção, monitorar o

número de idoso submetido a rastreamento para HAS, periodicamente (pelo menos mensalmente), monitorar número idoso com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmhg submetidos a rastreamento para DM, monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de idosos, monitorar número de idosos cadastrados na Unidade em acompanhamento odontológico no período de quatro meses da Unidade básica de saúde.

Quinzenalmente, a enfermeira revisará as fichas espelhos (AnexoC) e os prontuários clínicos para monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotados pela Unidade de saúde. Também irá monitorar a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na Unidade de saúde e os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, revisando o prontuário clinicam e ficha espelho.

A médica e enfermeira irão monitorar, quinzenalmente, o número de idoso de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência, o número de idoso investigado para indicadores de fragilização na velhice realizará avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS. Além disto, irão monitorar, em consultas de nutricionista e visitas domiciliares, os hábitos alimentares das pessoas idosas, a prática regular de atividade física em grupos, com os agentes comunitários e preparador físico, monitorar com odontóloga as ações de saúde bucal.

Organização e Gestão de serviço

A enfermagem acolherá os idosos que chegarem à UBS que pertencem à área de abrangência. Além de ter a responsabilidade de cadastrar a todos os idosos da área de cobertura da Unidade básica de saúde, os idosos serão cadastrados em planilha eletrônica (Anexo B), disponibilizadas pelo o curso. Atualização das informações de SIAB é responsabilidade da enfermagem que, quinzenalmente, recolherá os dados dos idosos que assistem a Unidade Básica de Saúde e os cadastros que foram realizados e atualizará as informações de SIAB.

O gestor da Unidade básica de saúde é responsável de garantir os recursos necessários para aplicação da avaliação multidimensional rápida em todos os idosos (balança, antropômetro, Tabela de Snellen). O médico definirá as atribuições de cada profissional da equipe na avaliação multidimensional rápida dos idosos e de cada membro de equipe no exame clínico de idosos. Os agentes comunitários

garantirão a busca de idosos que não realizarem exame clínico apropriado, semanalmente. A enfermagem, semanalmente, organizará agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes de buscas domiciliares, além de realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos, manter o registro de necessidades de medicamentos de idosos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na Unidade básica de saúde. O médico em cada consulta garantirá referência e contra referências de usuários com alterações neurológicas ou circulatórias, solicitação de exame complementar.

Os agentes comunitários realizarão visitas domiciliares em busca dos idosos faltosos a consulta, isto será uma vez por mês e organização de agenda será feita pela enfermeira uma vez semanal para acolhimento dos idosos provenientes da busca domiciliar.

A enfermagem, quinzenalmente, manterá as informações do SIAB atualizado. Em reuniões de equipe pactuará com equipe o registro das informações e o responsável pelo monitoramento do registro será o médico. O médico implantará planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos, pois cada idoso que seja atendido na Unidade básica terá uma caderneta específica, além de organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso em a realização de consultas de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de Avaliação Multidimensional Rápida e dos demais procedimentos preconizados. Mediante uma conversa o médico solicita ao gestor municipal a disponibilização de caderneta de saúde de pessoas idosas.

A enfermagem, semanalmente, facilitará o agendamento e a visita domiciliar aos idosos com rede social deficiente, os demais idosos serão atendidos da mesma forma que os demais usuários. Será definido que nas segundas-feiras acontecerão as visitas domiciliares (turno de manhã), a cada quinze dias serão realizadas prática de exercícios físicos e o atendimento odontológico ocorrerá todos os dias.

Em reuniões com a comunidade e os idosos, a equipe, quinzenalmente, oferecerá orientações sobre exercício físico, explicará para os idosos os benefícios de prática de atividade física e o prejudicial do sedentarismo, oferece-se orientação nutricional e se ensina como trocar o estilo de vida quanto aos hábitos alimentares.

Engajamento público

A médica vai dialogar com a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na Unidade de saúde, será realizado mediante reuniões com a comunidade que será efetuada quinzenalmente. A equipe ajudará nesta divulgação.

A equipe de saúde realizará reunião com as comunidades, uma vez por mês onde se orientará sobre a importância do tratamento oportuno das limitações para envelhecimento saudável, ao risco de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, a necessidade de realização de exames complementares, a periodicidade com que devem ser realizados os exames complementares, direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso, além de informar a comunidade sobre a existência do Programa de atenção ao idoso da Unidade de saúde. Orientará a comunidade sobre os casos que devem informar para fazer visitas domiciliares, sobre a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados e com problemas de locomoção, sobre a importância de rastreamento de DM em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mm Hg ou para aqueles com diagnóstico de Hipertensão arterial sistêmica. Informar a comunidade sobre a importância de avaliar a saúde bucal de idosos. Informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de idosos e de sua importância para saúde geral, além demais facilidades oferecidas na Unidade de Saúde.

A médica mediante reuniões em grupo com a comunidade, uma vez por mês informará sobre a importância de realização de consultas, assim como periodicidade preconizada para as consultas, ouvirá a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos idosos (se houver número excessivo de faltosos).

A equipe de saúde mediante distribuições de panfletos orientará aos usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se é necessário, sobre a importância de portar a caderneta quando for a consultar em outros níveis de atenção.

A equipe realizará visitas domiciliares uma vez por semana e orientará os idosos sobre seu nível de risco e a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco, sobre importância de acompanhamento mais

frequente, ensina como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde e estimular na comunidade a promoção de socialização da pessoa idosa (trabalho em igrejas, escolas, grupos de apoio) e de estabelecimento de redes sociais de apoio.

A médica orientará a comunidade sobre a importância destas atividades para um tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável, e a importância de avaliar a saúde bucal de idoso, mas ainda de prevenir as doenças em reuniões feitas pela equipe. A médica compartilha com os usuários a conduta esperada em cada consulta para que possam exercer o controle social.

Qualificação da Prática Clínica

A médica capacitará a equipe sobre acolhimento aos idosos e sobre a Política Nacional de Humanização por meio de atividades de educação em saúde que ocorrerão nas últimas sextas-feiras de cada mês, depois de concluída a reuniões de equipe. Além disto, será realizada capacitação sobre busca ativa dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço.

A médica capacitará aos profissionais da equipe básica de saúde, mediante vídeos, palestras sobre atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pelo UBS, a aplicação de Avaliação Multidimensional Rápida, treinamento para encaminhamento adequado dos casos que necessitem avaliações mais complexas, como realizarem de exame clínico apropriado, para registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas, capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos de Farmácia Popular/Perdia, capacitar ACS para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência, sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados e com problemas de locomoção.

O treinamento aos ACS será realizado a penúltima sexta feira de cada mês uma vez terminada a reunião de equipe, e feita pelo médico, para orientar a periodicidade de as consultas dos idosos.

A médica uma vez por mês (segunda sextas-feiras depois de reuniões de equipe) oferecerá uma conferência para treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento de atendimento aos idosos é responsabilidade do médico fazer o treinamento, quintas-feiras, para o preenchimento da Caderneta de Saúde de Pessoa Idosa.

A médica capacitará os profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa, para identificação dos indicadores de fragilização na velhice, para avaliar as redes sociais dos idosos, para isto utilizará Manual Técnico de Atenção à Saúde do Idoso, realizando atividades de educação em saúde.

O médico capacitará a equipe para a realização de exame odontológico apropriado, para o registro adequado dos procedimentos em todas as consultas, orientará os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos que precisam de atendimento odontológico, para o reconhecimento dos casos que necessitam uma atenção especial (deficientes, diabéticos, imunodeficientes), mediante atividades de educação em saúde, auxiliando-se no Manual Técnico de Atenção à Saúde do Idoso.

2.3.2 Indicadores

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

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

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

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa.

Denominador: Número de idosos pertencentes à 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 pediosa e medida da sensibilidade a cada três 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 com hipertensão e/ou diabetes 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 (Estimativa de 8% dos idosos da área).

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: 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 em 100% das pessoas idosas.

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.

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

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos:

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa 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 vamos adotar o Manual Técnico de Atenção de Saúde do idoso do Ministério de Saúde (2012). Não existe uma cópia para cada membro da equipe, mas a enfermeira irá solicitar as cópias e serão entregues a cada membro na reunião de equipe. Utilizaremos a caderneta específica para os idosos (disponível no município) e fichas espelho (disponibilizada pelo Curso). Temos no município cerca de 1.000 cadernetas para os idosos e 1.000 fichas espelhos, fornecidas pelo gestor de saúde. Estes materiais

serão usados na Unidade de saúde pelas enfermeiras nos dias de atendimento aos idosos.

A saúde bucal é um dado relativo para classificação de risco do idoso. Assim, para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, a médica e enfermeira utilizarão a fichas espelhos (Anexo C) para os idosos. Estimamos alcançar com a intervenção 1100 idosos. O médico fará contato com o gestor municipal para disponibilizar 1000 fichas espelhos necessária. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a ficha espelho. O acompanhamento será feito pela enfermeira, quinzenalmente, na Unidade de saúde, utilizando os prontuários clínicos.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisará o livro de registro identificando todos os idosos que vieram ao serviço no último mês. Também realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso e vacinas em atraso. Irá verificar os prontuários clínicos e revisará as consultas em atraso dos idosos, anotar as informações, mensalmente. As informações serão passadas para a equipe no dia de reunião de equipe.

A análise situacional e a definição de um foco para intervenção já foram discutidos com a equipe da UBS. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação sobre o manual técnico de atenção de saúde do idoso. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto, serão reservadas duas horas ao final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros. A capacitação será feita pelo médico, no dia de reunião para toda a equipe, apoiando-me do Manual técnico de atenção aos idosos.

Faremos contato com a associação de moradores e com os representantes da comunidade nas três igrejas da área de abrangência e apresentaremos o projeto, o médico esclareceram a importância do acompanhamento dos idosos na UBS. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a cobertura dos idosos acompanhados na UBS e de esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional. O profissional responsável é o médico com uma periodicidade de cada três meses nos apoiando em panfletos e murais.

Quinzenalmente, a enfermeira examinará as fichas espelhos dos idosos, identificando aqueles que estão com consulta, exame clínicos, exames laboratoriais ou vacinas em atraso. A enfermeira examinará as fichas espelhos na quarta-feira, resumirá e levará para as reuniões de equipe nas quintas-feiras. O agente comunitário de saúde fará busca ativa de todos os idosos em atraso. Estima-se que serão 10 por semana, totalizando 40 por mês, esta estimativa foi realizada de acordo com a quantidade dos idosos da área adstrita. Ao fazer a busca já agendará os idosos para um horário de sua conveniência. Este agendamento será realizado a conveniência, pois detectaremos quando os idosos estão em casa e qual horário é mais conveniente para eles. Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica pela médica e enfermeira. Precisamos de computador, caderno, internet, caneta para registrar e monitorar as informações. A equipe irá solicitar ao gestor.

3 Relatório da Intervenção

Nossa intervenção ocorreu em 12 semanas (três meses) e não em 16 semanas conforme solicitado no início do curso. Isso ocorreu devido ao meu período de férias que antecedeu a intervenção e quando retornei, a Unidade 3 que é a intervenção propriamente dita já estava em andamento.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

A maioria das ações previstas no projeto foi desenvolvida com êxito. A capacitação de profissionais de saúde sobre o protocolo de atenção aos idosos, estabelecimento do papel de cada profissional, cadastramento de todos os idosos de área adstrita, contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância de atendimento dos idosos, atendimento clínico dos usuários idosos, criação e contato do grupo de idosos, capacitação dos ACS para realização de busca ativa de idosos faltosos, busca ativa dos idosos faltosos às consultas, monitoramento da intervenção, para a capacitação dos profissionais de saúde sobre o protocolo de atenção aos idosos teve ajuda de toda a equipe de saúde. O estabelecimento do papel de todos os profissionais foi desenvolvido na reunião de equipe de saúde, o contato com as lideranças da comunidade (não foi realizada em prazo previsto pela chuva, mas na semana seguinte foi feita com êxito por meio do apoio das lideranças que ficaram muitos contentes e comprometendo-se em colaborar com a intervenção). Na capacitação dos ACS para realização de busca ativa dos idosos faltosos, contamos com a colaboração da enfermagem, busca ativa de idosos faltosos a consulta foi um êxito, pois toda equipe contribuiu, o monitoramento da intervenção foi realizado pela médica com ajuda de toda equipe. O cadastramento dos idosos da área adstrita no programa apresentou dificuldades, pois, muitos idosos da área de abrangência não queriam ser acompanhados na UBS porque

frequentavam clínicas particulares. Outra tarefa que foi desenvolvida parcialmente foi o atendimento clínico dos idosos, criação e contato de grupo dos idosos, não foi fácil, pois ao início os usuários idosos não acreditavam nas mudanças do processo de trabalho da UBS, por isso muitos idosos não assistiam ao grupo, e faltavam as consultas agendadas.



Figura 1: Equipe da UBS General Câmara, General Câmara/RS.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Nossa equipe de saúde conseguiu realizar todas as ações previstas no projeto, algumas de forma parcial, como descritas no item anterior.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Como dificuldade na coleta e sistematização de dados teve erro de digitalização por parte da equipe, erro com o número de idosos residentes na área de abrangência, erro de digitação do cadastro dos idosos. Mas, ao longo das semanas isso foi identificado e corrigido.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Nossa equipe está muito satisfeita, pois a intervenção está incorporada à rotina da UBS. Trouxe como resultado o melhoramento da cobertura e qualidade do atendimento dos usuários idosos. Os idosos tiveram um bom atendimento clínico de acordo com o protocolo de atenção, mudou o pensamento com relação ao acompanhamento oferecido na UBS. Por consequência aumentou a satisfação dos mesmos. Para um atendimento integral devemos melhorar o número e qualidade do atendimento dos usuários idosos, já estamos buscando os meios para melhorar o atendimento odontológico dos idosos.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção foi realizada com as pessoas idosas residentes na área de abrangência da UBS. A seguir apresentamos os resultados de acordo com os objetivos e metas. A população de minha área de abrangência é de 2.620 usuários, mas, 350 são pessoas idosas.

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

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

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

Minha área de abrangência tem 2620 usuários, temos 350 idosos, sendo este o quantitativo real, identificado nas visitas pelas agentes comunitárias de saúde. Este indicador não alcançou a meta estimada, pois, no mês 1 cadastramos 37 idosos (10,6%), no mês 2 cadastramos 133 idosos (38%), no mês 3 cadastramos 281 idosos (80,3%). Este indicador não foi cumprido, pois, ao início da intervenção uma parte dos usuários idosos da comunidade, não acreditava nas mudanças que a UBS estava fazendo no atendimento, e a maioria dos usuários idosos frequentava serviços privados. Mas, com o desenvolvimento da intervenção conseguimos a confiança dos usuários idosos, mas não conseguimos cadastrar o número esperado de usuários.

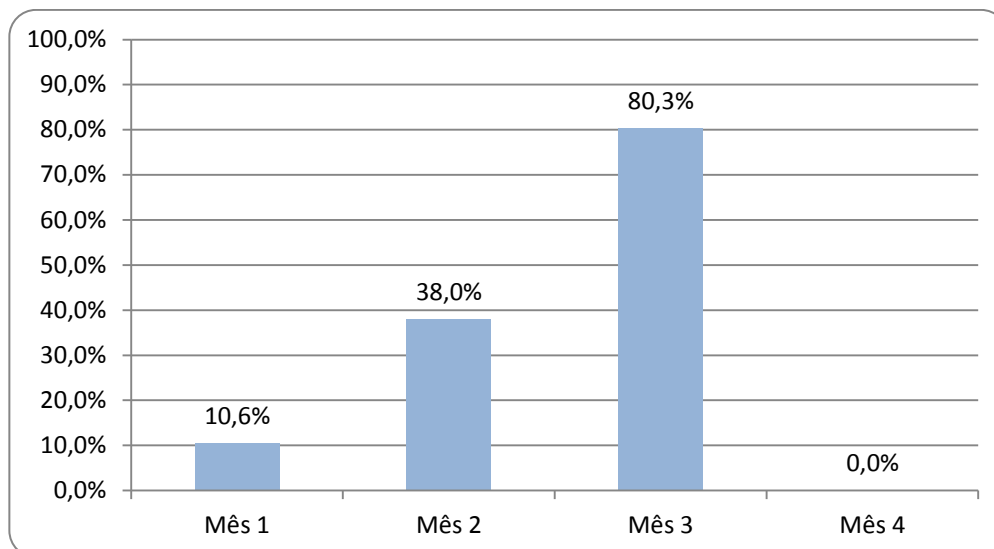


Figura 2. Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na UBS General Câmara. Fonte: Planilha final de coleta dos dados, 2015.

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

Foi realizada avaliação multidimensional rápida no mês 1 em 37 usuários idosos (o que representa 100%), no mês 2 cadastramos 133 usuários idosos (o que representa 100%, no mês três realizou-se avaliação multidimensional a 281 usuários idosos o que representa 100%). Ressalto que este resultado se deve ao trabalho da equipe de saúde, e continuaremos trabalhando para cumprir nossa meta.

Este indicador foi cumprido, realizou-se avaliação multidimensional rápida a 100% dos usuários idosos, pois, além que, da avaliação multidimensional rápida em usuários idosos, a equipe passou a oferecer melhor atendimento, e fortaleceu a confiança do usuário nas ações desenvolvidas na atenção à saúde do idoso.

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

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

Este indicador foi cumprido, pois todo o usuário idoso teve exame clínico apropriado em dia, no mês 1 (37 usuários idosos o que representa 100%), no mês 2 (cadastramos 133 usuários idosos o que representa 100%), no mês 3 (281 usuários idosos o que representa 100%). Ressalto o trabalho da equipe de saúde. Este indicador foi desenvolvido em 100% dos usuários idosos, pela médica, pois foi parte do atendimento nas consultas de acordo com o protocolo de atenção à saúde de idosos.

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.

Todos os idosos hipertensos e/ou diabéticos tem solicitação de exame complementar em dia, no mês um (17 idosos cadastrados, os 17 idosos hipertensos e/ou diabéticos solicitou exames complementares), no mês 2 (50 idosos cadastrados, os 50 idosos foi indicado os exames complementares), no mês 3 (83 idosos cadastrados, os 83 idosos foi indicado os exames complementares), esta meta foi cumprida (100%). Neste indicador alcançamos a meta de 100% como parte do exame físico feito pela médica nas consultas correspondentes a atenção de saúde de idosos, de acordo com o protocolo de saúde de idosos.

Meta2. 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.

Neste indicador a meta não foi cumprida, pois, no mês um (de 37 usuários idosos só 17 idosos tem prescrição de medicamento da farmácia popular priorizada o que representa 45,9%), no mês dois (de 133 usuários idosos, 50 idosos tem prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada o que representa 37,6%), no mês três (de 281 usuários idosos, só 99 idosos tem prescrição de

medicamentos da farmácia popular o que representa 35,2%) este indicador não foi cumprido por que a maioria dos usuários idosos não é acompanhada pela unidade básica, eles assistem a consultórios privados e por consequência retiram os medicamentos de farmácias particulares.

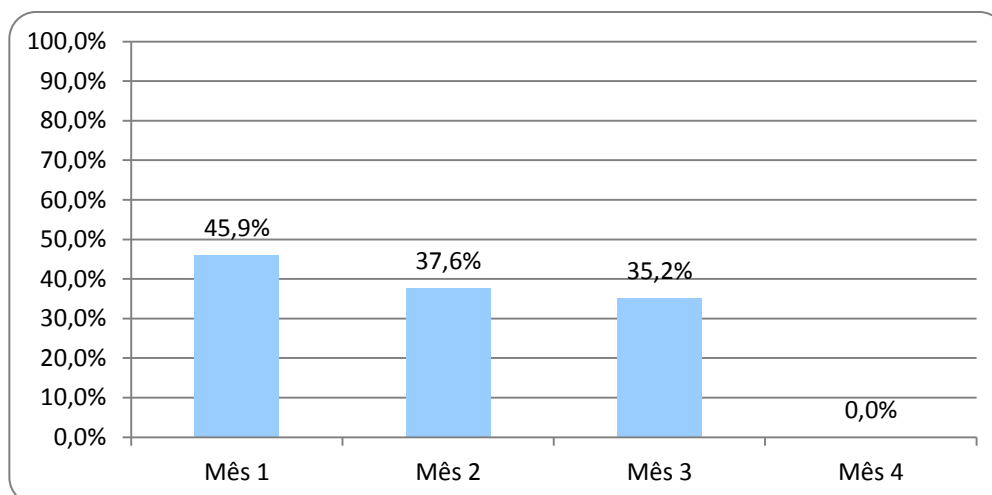


Figura 3. Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada na UBS General Câmara. Fonte: Planilha final de coleta dos dados, 2015.

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

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

100% dos usuários idosos acamados ou com problemas de locomoção foram cadastrados pelo qual a meta foi cumprida de acordo com nossas metas propostas, mês um (nove usuários idosos acamados ou com problemas de locomoção, os nove idosos foram cadastrados), mês dois (31 usuários idosos acamados ou com problemas de locomoção, os 31 idosos foram cadastrados), mês três (62 idosos acamados ou com problemas de locomoção, os 62 idosos foram cadastrados).

Este indicador foi cumprido em 100% em todos os meses da intervenção. Para atingir esta meta contamos com esforço de toda equipe, os agentes comunitários visitando cada casa, a enfermagem acolhendo os usuários acamados ou com problemas de locomoção e informando ao médico de cada usuário idoso e

uma vez assim o cadastrava aos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

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.

100 % dos usuários idosos acamados ou com problemas de locomoção teve visita domiciliar pelo qual a meta foi cumprida de acordo com nossas metas propostas, mês um (nove usuários idosos acamados ou com problemas de locomoção, os nove idosos teve visita domiciliar), mês dois (31 usuários idosos acamados ou com problemas de locomoção, os 31 idosos teve visita domiciliar), mês três (62 idosos acamados ou com problemas de locomoção, os 62 idosos teve visita domiciliar).

Neste indicador foi cumprido 100 % em todos os meses da intervenção. Para atingir esta meta contamos com esforço de toda equipe, os agentes comunitários visitando cada casa, a enfermagem acolhendo os usuários acamados ou com problemas de locomoção e informando a médica de cada usuário idoso que precisava de visita domiciliar, o médico assistia as visitas domiciliares de cada usuário idoso acamado ou com problemas de locomoção, oferecendo toda a atenção necessária de acordo com o protocolo de atenção à saúde de idosos.

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

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

Cumprimos com nossa meta proposta 100% de usuários idosos foram rastreados para hipertensão arterial na última consulta mês um (de 37 usuários idosos que foram cadastrados, os 37 idosos foram rastreados para hipertensão arterial na última consulta o que representa 100%), mês dois (de 133 usuários idosos cadastrados, os 133 idosos foram rastreados para hipertensão arterial na última consulta o que representa 100%), mês três (de 281 usuários idosos cadastrados, os 281 idosos foram rastreados para hipertensão arterial na última consulta o que representa 100%).

Para cumprir esta meta em cada consulta a médica media a pressão arterial de cada usuário idoso que assistia a consulta.

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.

Cumprimos a meta proposta 100 % de usuários idosos hipertensos foram rastreados para diabetes. No mês um (de 16 usuários idosos que são hipertensos, os 16 idosos foram rastreados para diabetes o que representa 100%), no mês dois (de 50 usuários idosos que são hipertensos, os 50 idosos foram rastreados para diabetes o que representa 100%), no mês três (de 99 usuários idosos que são hipertensos, os 99 idosos foram rastreados para diabetes o que representa 100%).

Para cumprir esta meta, contamos com apoio de toda a equipe, as agentes comunitárias visitando cada casa, a enfermagem acolhendo aos usuários idosos em cada consulta, o médico uma vez que assistia a consulta cada usuário idoso, realizava um exame, o qual inclui o rastreamento para diabetes.

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.

Este indicador não foi cumprido, pois usuário idoso não estímulo para frequentar a consulta odontológica, e assim serem avaliadas de acordo as necessidades de atendimento odontológico. No mês um, de 37 idosos cadastrados, 32 idosos foram avaliados da necessidade de atendimento odontológico o que representa 86,5%, no mês dois (de 133 idosos cadastrados, 128 idosos foram avaliados da necessidade de atendimento odontológico o que representa 96,2%), no mês três (de 281 idosos cadastrados, 274 idosos foram avaliados da necessidade de atendimento odontológico o que representa 97,5%).

Este indicador não foi cumprido, pois usuário idoso não tem costume de frequentar a consulta odontológica, e assim será válido de acordo com as necessidades de atendimento odontológico, mas como podem observar a equipe de saúde trabalhou unida para aumentar este indicador e como se observam os

números foram variando de mês em mês, dialogando com os usuários idosos e advertindo a importância desta avaliação.

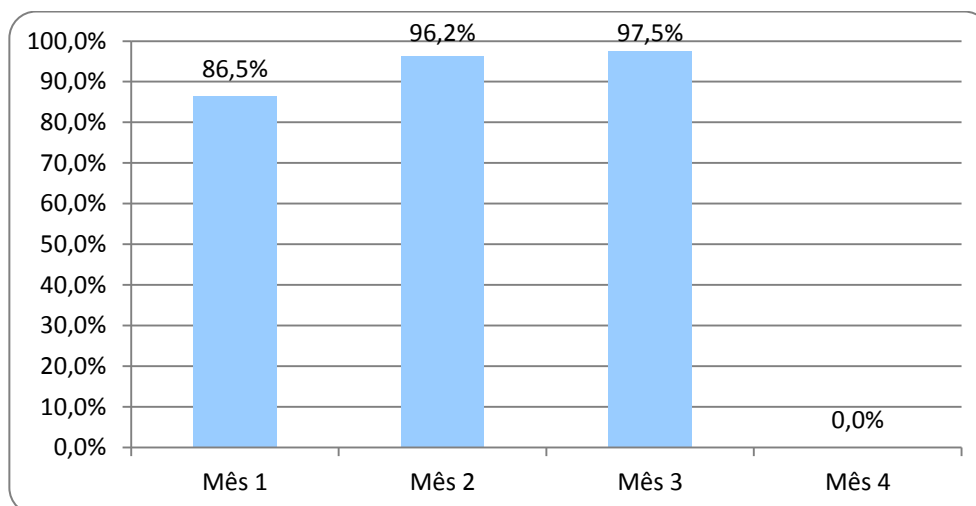


Figura 4. Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS General Câmara. Fonte: Planilha final de coleta dos dados, 2015.

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

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

Este indicador foi cumprido, pois, os usuários idosos não costumam frequentar a consulta odontológica, e por consequência não assistem a consulta odontológica programática. Durante a intervenção no mês um (de 37 idosos cadastrados, 37 idosos assistiram a primeira consulta odontológica programática o que representa 100%), no mês dois (de 133 idosos cadastrados, 133 idosos assistiram a primeira consulta odontológica programática o que representa 100%), mês três (de 281 idosos cadastrados, todos assistiram a primeira consulta odontológica programática o que representa 100%). Este indicador foi cumprido, pois usuário idoso não tem educação necessária para assistir a consulta odontológica, mas como podem observar a equipe de saúde trabalhou unida para aumentar este indicador e como se observam os números foram variando de mês em mês, dialogando com os usuários idosos e advertindo a importância de assistir a primeira consulta odontológica programática.

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

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

Este indicador não foi cumprido aos 100%, mas foi por causas justificadas, pois alguns dos usuários idosos que faltavam a consultas eram porque estavam hospitalizados, outros porque haviam saído do município. No mês um (de 12 idosos faltosos a consulta, 11 receberam busca ativa o que representa 91,7%), no mês dois (de 36 idosos faltosos a consulta, 34 idosos receberam busca ativa o que representa 94,4%), no mês três (de 60 idosos faltosos a consulta, 59 receberam busca ativa o que representa 98,3%).

Este indicador não foi cumprido porque os idosos que não receberam busca ativa por faltosos a consulta, os agentes comunitárias visitaram sua casa, só que ao chegar à casa dos usuários idosos faltosos a consulta, uns estavam hospitalizados e outros havia trocado de endereço para casa de seus filhos.

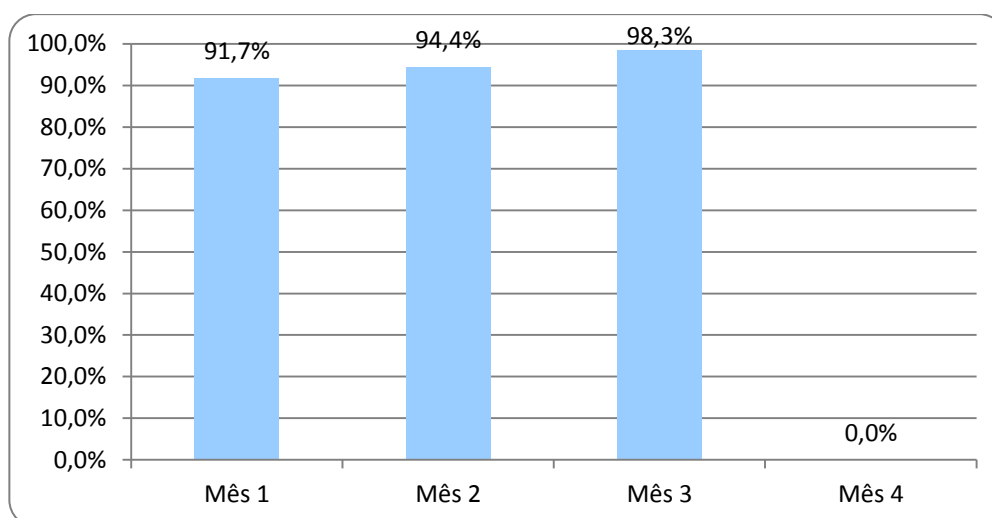


Figura 5. Proporção de idosos faltosos que receberam busca ativa na UBS General Câmara. Fonte: Planilha final de coleta dos dados, 2015.

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.

Cumprimos com nossa meta proposta 100% de usuários idosos tem registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia, no mês um (de 37 usuários idosos

cadastrados, os 37 idosos tem registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia o que representa 100%), no mês dois (de 133 usuários idosos cadastrados, os 133 idosos tem registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia o que representa 100%), no mês três (de 281 usuários idosos cadastrados, os 281 idosos tem registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia o que representa 100%).

Para cumprir esta meta, contamos com apoio de toda equipe, as agentes comunitárias visitando cada casa, a enfermagem acolhendo aos usuários idosos em cada consulta, orienta a medicação e recolhe os dados para manter o registro específico de cada idoso.

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

Cumprimos com nossa meta proposta 100% de usuários idosos tem caderneta de saúde da pessoa idosa, mês um (de 37 usuários idosos cadastrados, os 37 idosos tem caderneta de saúde da pessoa idosa o que representa 100%), mês dois (de 133 usuários idosos cadastrados, os 133 idosos tem caderneta de saúde da pessoa idosa o que representa 100%), mês três (de 281 usuários idosos cadastrados, os 281 idosos tem caderneta de saúde da pessoa idosa o que representa 100%).

100% dos usuários idosos tem caderneta de saúde da pessoa idosa, para cumprir esta meta, contamos com apoio de toda equipe, as agentes comunitárias visitando cada casa e fazendo entregas de caderneta de saúde da pessoa idosa, a enfermagem acolhendo aos usuários idosos em cada consulta, e a médica explicando a importância de portar sempre a caderneta de criança, além de preencher a caderneta.

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.

Cumprimos com nossa meta proposta 100% de usuários idosos estão avaliados sobre o risco de morbimortalidade, mês um (de 37 usuários idosos cadastrados, todos foram avaliados sobre risco para morbimortalidade o que

representa 100%), mês dois (de 133 usuários idosos cadastrados, os 133 idosos foram avaliados sobre risco para morbimortalidade o que representa 100%), mês três (de 281 usuários idosos cadastrados, os 281 idosos foram avaliados sobre o risco para morbimortalidade o que representa 100%). 100% dos usuários idosos tem avaliação de risco para morbimortalidade em dia, para cumprir esta meta, contamos com apoio de todo o equipem, as agentes comunitárias visitando cada casa e observando a qualidade de vida de todos os usuários idosa e estilo de vida, as enfermagens recopilando os dados recolhidos pelas agentes comunitárias, o médico em cada consulta avaliava a cada usuário idoso sobre o risco para morbimortalidade.

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

Cumprimos com a meta proposta 100% de usuários idosos estão avaliados sobre fragilização na velhice em dia, mês um (de 37 usuários idosos cadastrados, os 37 idosos foram avaliados para fragilização na velhice em dia o que representa 100%), mês dois (de 133 usuários idosos cadastrados, os 133 idosos foram avaliados para fragilização na velhice em dia o que representa 100%), mês três (de 281 usuários idosos cadastrados, os 281 idosos foram avaliados para fragilização na velhice em dia o que representa 100%). 100% dos usuários idosos estão avaliados para fragilização na velhice em dia, para cumprir esta meta, contamos com apoio de toda equipe, as agentes comunitárias visitando cada casa e observando a barreira arquitetônica que tem todos os usuários idosos em sua casa, as enfermagens recopilando os dados recolhidos pelas agentes comunitárias, o médico em cada consulta avaliava a cada usuário idoso para fragilização na velhice em dia.

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

Cumprimos com a meta proposta 100% dos usuários idosos estão com avaliação da rede social em dia, mês um (de 37 usuários idosos cadastrados, os 37 idosos foram avaliados para redes social em dia o que representa 100%), mês dois (de 133 usuários idosos cadastrados, os 133 idosos foram avaliados para redes social em dia o que representa 100%), mês três (de 281 usuários idosos cadastrados, os 281 idosos foram avaliados para redes social em dia o que representa 100%). Para cumprir esta meta, contamos com apoio de toda equipe, as

agentes comunitárias, a enfermagem, a médica avaliou cada usuário idoso, bem como a rede social em dia.

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.

Cumprimos com nossa meta proposta 100% de usuários idosos receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, mês um (de 37 usuários idosos cadastrados, os 37 idosos receberam orientação nutricional o que representa 100%), mês dois (de 133 usuários idosos cadastrados, os 133 idosos receberam orientação nutricional o que representa 100%), mês três (de 281 usuários idosos cadastrados, os 281 idosos receberam orientação nutricional o que representa 100%). Para cumprir esta meta, contamos com apoio de toda equipe, as agentes comunitárias, as enfermagens, o médico que orienta a cada usuário idosos para ter hábitos alimentares saudáveis e depois encaminha para nutricionista.

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

Cumprimos com nossa meta proposta 100 % de usuários idosos receberam orientação sobre pratica regular de atividade física, mês um (de 37 usuários idosos cadastrados, os 37 idosos receberam orientação sobre pratica regular de atividade física o que representa 100%), mês dois (de 133 usuários idosos cadastrados, os 133 idosos receberam orientação sobre pratica regular de atividade física o que representa 100%), mês três (de 281 usuários idosos cadastrados, os 281 idosos receberam orientação sobre pratica regular de atividade física o que representa 100%). Para cumprir esta meta, contamos com apoio de todaequipe, as agentes comunitárias, a enfermagem, o médico que orienta a cada usuário idoso sobre pratica regular de atividade física, e encaminha para preparador físico, que ele vai oferecer aos idosos as atividades físicas que podem realizar sem prejudicar sua saúde.

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

Cumprimos com nossa meta proposta 100% de usuários idosos que assistiram a primeira consulta odontológica programáticos receberam orientação sobre higiene bucal, mês um (de 37 usuários idosos cadastrados, os 37 idosos receberam orientação sobre higiene bucal o que representa 100%), mês dois (de 133 usuários idosos cadastrados, os 133 idosos receberam orientação sobre higiene bucal o que representa 100%), mês três (de 281 usuários idosos cadastrados, os 281 idosos receberam orientação sobre higiene bucal o que representa 100%). Para cumprir esta meta, contamos com apoio de toda equipe, as agentes comunitárias, a enfermagem, o médico que orienta aos idosos sobre higiene bucal em cada atendimento clinica que realiza, e encaminha para o dentista.

4.2 Discussão

A intervenção desenvolvida na UBS General Câmara buscou ampliar a cobertura da atenção à saúde dos idosos da área de abrangência da nossa equipe de saúde, a melhoria da qualidade dos atendimentos e dos registros e a qualificação da atenção com destaque para a organização e qualidade do atendimento e acompanhamento pela UBS dos usuários idosos do programa de atenção à saúde de idosos.

Para colocar em prática o projeto de intervenção precisou que nossa equipe de saúde fosse capacitada para conseguir desenvolver a intervenção de acordo com nossas metas proposta e seguindo as recomendações do Ministério da Saúde relacionadas com o acolhimento dos usuários e protocolo de atenção à saúde dos idosos, cadastramento, preenchimento dos registros, acompanhamento e monitoramento dos idosos. Nosso projeto promoveu e alentou o trabalho em equipe integrado do médico, da enfermeira, da odontóloga, da auxiliar de enfermagem, nutricionistas, os ACS e da recepcionista.

Durante a intervenção cada profissional desenvolveu sua tarefa para colaborar com a intervenção. O cadastro foi feito pelas ACS, o acolhimento dos idosos foi feito pela recepcionista e as técnicas de enfermagem, o atendimento clinico e acompanhamento foi feito pelo médico, nutricionista e odontóloga, a busca

ativa dos faltosos foi feita pelas ACS e a maioria da equipe, o monitoramento da intervenção foi feita pelo médico.

Nossa intervenção terminou com muito impacto na organização do atendimento de nossa UBS, melhorou a qualidade da atenção da unidade de saúde, a maioria dos usuários idosos retomaram a confiança do atendimento da unidade básica de saúde, acentuou o trabalho e qualidade dos ACS nas visitas domiciliares além de melhorar nosso trabalho em equipe.

Antes de começar nossa intervenção os usuários idosos só assistiam a unidade básica quando precisavam de algum medicamento ou porque tinha uma doença aguda, conseqüentemente eram atendidos pelo médico. A intervenção mostrou as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas. Melhorou o registro, o agendamento e atendimento dos idosos, viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea. Ampliou as visitas domiciliares aos idosos acamados o com problemas de locomoção, logramos classificar o risco dos idosos, para apoiar qualidade do atendimento das usuárias do programa de atenção à saúde de idosos.

O projeto foi muito aceito e percebido pela comunidade, pois eles ajudaram na orientação dos idosos da necessidade do atendimento em nossa unidade básica, onde os idosos que foram acompanhados pela unidade, mostraram muita satisfação com a qualidade do atendimento.

Apesar da ampliação da cobertura do programa atenção à saúde de idosos ainda temos que continuar trabalhando, pois temos idosos que não são acompanhados pela unidade básica, nosso trabalho está focado, em ampliar a cobertura a 90% dos idosos nossa área de abrangência.

Nossa intervenção poderia ter sido mais fácil de desenvolver se em nossa unidade básica de saúde tivéssemos a equipe de saúde completa desde o início da intervenção; aconteceram muitas mudanças da estrutura da UBS e da equipe junto com o desenvolvimento do projeto, mas já no fim da intervenção podemos dizer que temos trabalho em equipe em nossa UBS. A intervenção foi incorporada na rotina do trabalho no dia a dia de nossa UBS e todos da equipe e comunidade encontram-se muito satisfeitos para desenvolver, contamos com o apoio das lideranças comunitárias e com o trabalho integrado da equipe de saúde.

Os próximos passos são: a partir do próximo mês trabalharemos para ampliar a cobertura para 100% dos idosos de nossa área de abrangência e queremos levar este exemplo para outros programas prioritários.

5 Relatório da intervenção para gestores

A intervenção realizada na UBS General Câmara foi com o programa de atenção à saúde de idosos, pois, o indicador de cobertura deste programa na UBS estava muito baixo. O objetivo planejado pela equipe de saúde foi melhorar a cobertura de atenção à saúde de idosos com uma meta de aumentar para 90% a cobertura, em período de três meses.

Com o desenvolvimento da intervenção, destaco que a organização do trabalho na UBS melhorou notavelmente, antes da intervenção a cobertura de atenção à saúde de idosos, era de 42,9%, pois, apenas 150 idosos eram acompanhados, enquanto a estimativa era de 350 residentes na área de abrangência. Com o desenvolvimento da intervenção em um período de três meses aumentamos a cobertura a 281 usuários idosos representando 80,3%. Veja na figura a seguir:

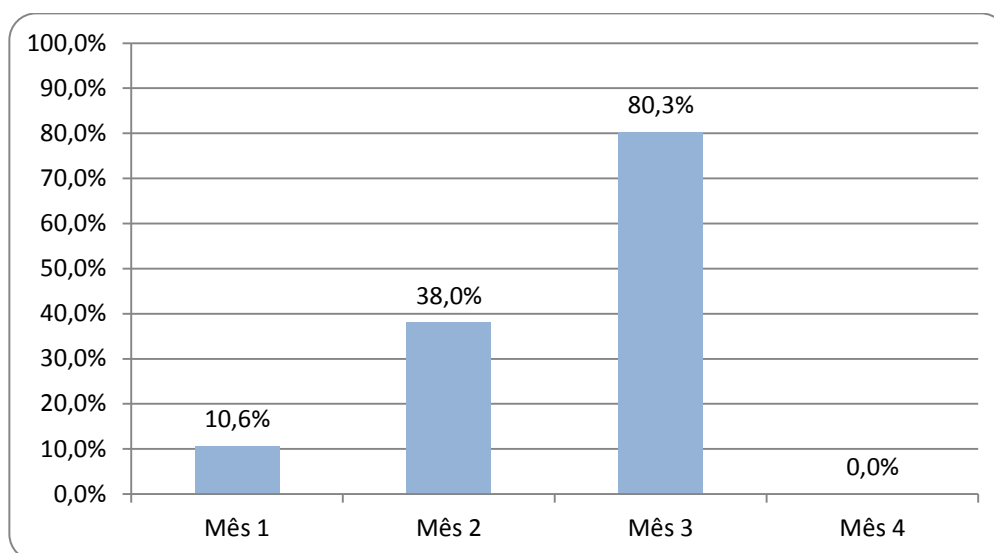


Figura 1. Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na UBS General Câmara. Fonte: Planilha final de coleta dos dados, 2015.

Percebemos a satisfação dos idosos nas conversas entre eles. Conseguimos melhorar a qualidade de atenção aos idosos com avaliação integral. Com a intervenção motivamos a união entre os profissionais de saúde, criação de

grupos de idosos que afiançou laços entre os funcionários da unidade, com os idosos.

O gestor forneceu apoio à equipe de saúde na impressão das fichas espelho e com os panfletos, muito importante para os programas de atenção à saúde de idosos que estão sendo desenvolvidos.

Com o desenvolvimento de nossa intervenção posso dizer que hoje, a saúde da nossa população idosa melhorou, a satisfação da população é maior. Aproveitando as visitas domiciliares aos idosos, realizam-se também visitas aos demais integrantes da família o que pode resumir, que graças à intervenção deixamos de atender apenas pessoas doentes, e estamos aumentando as ações de promoção da saúde. Para tanto, a equipe da UBS General Câmara precisa continuar com o apoio da gestão neste processo.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezada comunidade,

A equipe da UBS General Câmara escolheu o programa de atenção à saúde dos idosos para realizar uma intervenção, pois o município tem um indicador baixo neste programa. O objetivo planejado pela equipe de saúde foi ampliar a cobertura de atenção à saúde de idosos, com uma meta proposta de aumentar a 90% a cobertura. Em nossa área de abrangência estima-se 350 idosos, durante a intervenção foram cadastrados 281 idosos, ficamos abaixo de nossa meta proposta com 80,3 %, mas consideramos que a comunidade ganhou um atendimento de melhor qualidade e com maior organização, além que este grupo de pessoas (idosos) foram beneficiado e logramos que eles se sintam importantes para a comunidade.

Outro de nossos objetivos foi melhorar a qualidade da atenção à saúde de idosos realizado na Unidade, com a meta de garantir a todos os idosos cadastrados o agendamento das consultas e visitas domiciliares feitas por parte da equipe, além de buscar os idosos que não assistiam as consultas por problemas de saúde. Outro de nossos objetivos foi avaliar os usuários idosos de acordo com o protocolo de atendimento, com um exame físico integral, que aconteceu nas consultas com o médico e enfermeira. Propusemos uma caderneta individual dos idosos como parte de manter um trabalho organizado. Criamos um grupo de idosos onde foram desenvolvidas atividades de preparação de acordo a sua idade. Todas estas ações já viraram parte da rotina da unidade onde sem dúvida a organização e qualidade de atendimento está melhor ao que era antes. Fazem-se necessário a participação e envolvimento da comunidade nas ações da Unidade para que consigamos fazê-las acontecer cada vez melhor.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Para começar a reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem falarei que inicialmente minha Unidade Básica de Saúde não tinha implantado a estratégia de saúde da família, portanto não tínhamos equipe de saúde conformada e a unidade básica de saúde encontrava-se em diversas mudanças, estruturais e de funcionamento. No começo do projeto de intervenção achávamos que seria impossível programar o projeto, além de pensar que nossas metas e objetivos não poderiam ser cumpridos. Foi um processo difícil, mas desenvolvemos as mudanças da unidade junto com o desenvolvimento de nosso projeto de intervenção, isto é evidenciado quando conformamos a equipe de saúde logrando a capacitação dos profissionais da saúde, realizando as reuniões de equipe com participação de todos os profissionais que aguardavam desejosos e ansiosos para desenvolver o projeto de intervenção. Graças à colaboração de todo o apoio do gestor e da comunidade o projeto de intervenção alcançou os resultados esperados.

O curso é muito importante e uma experiência única para todo médico que trabalhe na Atenção Primária de Saúde, pois, com o desenvolvimento do projeto de intervenção, incrementei meus conhecimentos no atendimento aos usuários idosos de acordo com o protocolo de atenção à saúde dos idosos, incentivei a união de nossa equipe assim como nosso trabalho em conjunto, melhorou a organização e qualidade do atendimento na unidade, melhorou nossa interação com a comunidade, e com a ajuda e apoio dos orientadores melhorei o idioma português onde também foi muito importante a participação e apoio dos orientadores para cumprir com nossas metas e objetivos.

Referências

BRASIL, Ministério da SAÚDE Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica Cadernos de Atenção Básica-n. ° 19 Série A. Normas e Manuais Técnicos ENVELHECIMENTO E SAÚDE DA PESSOA IDOSA. Brasília – DF, 2006.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a

Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Anexo C - Ficha espelho

FICHA ESPELHO
 PROGRAMA DE ATENÇÃO A SAÚDE DO IDOSO

 Departamento de
 Medicina Social


UFPEL

Data do ingresso no programa __/__/____ Número do Prontuário: _____ Cartão SUS _____
 Nome completo: _____ Data de nascimento: __/__/____ Telefones de contato: _____/_____
 Endereço: _____ Necessita de cuidador? () Sim () Não Nome do cuidador _____
 Problemas de locomoção? () Sim () Não É acamado(a)? () Sim () Não HAS? () Sim () Não DM? () Sim () Não Possui a Caderneta da pessoa idosa? () Sim () Não
 Estatura: _____ cm / Perímetro Braquial: _____ cm Osteoporose? () Sim () Não Depressão? () Sim () Não Demência? () Sim () Não. Se sim, qual? _____
 O idoso tem avaliação de risco para a saúde bucal? () Sim () Não Data da primeira consulta odontológica: __/__/____

AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL RÁPIDA DA PESSOA IDOSA (NORMAL OU ALTERADO)													
Data	Nutrição	Visão	Audição	Incontinência	Ativsexual	Humor/ depressão	Cognição e memória	MMS	MMII	Ativ. diárias	Domicílio	Queda	Rede social

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

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

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

Assinatura do declarante