

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma nº 8**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção a Saúde do Idoso na Unidade Básica de Saúde Ouro
Preto, Carazinho/RS**

Yvieska Acosta Romero

Pelotas, 2015

Yvieska Acosta Romero

**Melhoria da atenção a saúde do idoso na Unidade Básica de Saúde Ouro Preto,
Carazinho/RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família 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: Ana Paula Belini

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

R763m Romero, Yvieska Acosta

Melhoria da Atenção a Saúde do Idoso na Unidade Básica de Saúde Ouro Preto, Carazinho/RS / Yvieska Acosta Romero; Ana Paula Belini, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

96 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. Belini, Ana Paula, orient. II.
Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este projeto a todos meus
pacientes na UBS Nova Ouro Preto,
que para eles é o nosso trabalho.

Agradecimentos

Ao povo brasileiro por me receber com tanto amor e carinho

A minhas colegas da equipe de trabalho pelo apoio incondicional, sem elas não teria conseguido.

A minha orientadora, que com tanta paciência me ajudou e guiou neste período.

Resumo

ACOSTA ROMERO, Yvieska. Melhoria da Atenção a Saúde do Idoso na UBS Ouro Preto, Carazinho/Sano, 2015xf. 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.

Realizou-se um projeto de intervenção ao longo de quatro meses, que iniciou em 05 de Fevereiro 2015 e término em 20 de junho de 2015. Com o objetivo de melhorar a Atenção à Saúde do Idoso Na UBS Ouro Preto na cidade de Carazinho/RS. Em razão da vulnerabilidade a doenças, acidentes e perspectiva de vida aumentada a este grupo de pessoas maiores de 60 anos. Dos 261 idosos pertencentes à Unidade 225 foram cadastrados e acompanhados pela equipe. Para guiar o cuidado foi adotado o protocolo do Ministério da Saúde Atenção a saúde Idosa Envelhecimento, Brasil, 2006. Para a coleta de dados foram utilizadas ficha espelho específica, bem como planilhas eletrônicas. Desta forma foi possível obter os seguintes resultados ao longo desta intervenção. No eixo monitoramento e avaliação foi possível monitorar a situação de saúde de 101 idosos cadastrados, cerca de 54,9%, bem como avaliar o risco em 100% deles. Na organização e gestão do serviço, pode-se melhorar a qualidade dos registros, para isto foi adotado uma ficha específica para cadastramento e acompanhamento dos idosos, foi possível realizar exame clínico apropriado, realizada avaliação multidimensional rápida, prescrição de medicamentos da farmácia popular, avaliação da necessidade de atendimento odontológico, registro na ficha espelho, avaliação de risco para morbimortalidade, para fragilização na velhice, com caderneta da pessoa idosa e que receberam orientações nutricionais para hábitos saudáveis e prática de atividade física em 100% dos idosos cadastrados, para avaliação odontológica cerca de 96%. Foi realizado a organização por meio de uma agenda para os atendimentos, aliados aos atendimentos de demanda espontânea, todos os idosos que faltavam foram buscados pela equipe de saúde. No eixo engajamento público foi possível trabalhar a sensibilização da comunidade, bem como os familiares sobre a importância da equipe estar desenvolvendo este trabalho de priorização no cuidado para os idosos, através dos grupos de educação em saúde na comunidade. No eixo da qualificação da prática clínica foi possível capacitar todos os profissionais da equipe como base o protocolo de Saúde do Idoso do Ministério da Saúde. Conclui-se que o projeto foi importante para qualificar o trabalho prestado ao idoso, a equipe foi capacitada, o trabalho ficou mais organizado, foram detectados fatores de risco para diminuir a incidência de algumas doenças. Desta forma a comunidade continuará recebendo este serviço para todas as pessoas idosas, onde se pretende ampliar para outros grupos prioritários, com objetivo de atingir outras necessidades da comunidade como o caso da hipertensão e diabetes.

Palavras-chave: saúde da família, atenção primária à saúde;, Saúde do Idoso; Assistência Domiciliar; Saúde Bucal

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico 1. Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde	63
Figura 2	Gráfico 2. Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.	65
Figura 3	Gráfico 3. Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia.	65
Figura 4	Gráfico 4. Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.	65
Figura 5	Gráfico 5. Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.	66
Figura 6	Gráfico 6. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.	67
Figura 7	Gráfico 7. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.	68
Figura 8	Gráfico 8. Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta.	69
Figura 9	Gráfico 9. Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.	70
Figura 10	Gráfico 10. Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	70
Figura 11	Gráfico 11. Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.	71
Figura 12	Gráfico 12. Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa.	72
Figura 13	Gráfico 13. Proporção de idosos com registro na ficha espelha em dia.	72
Figura 14	Gráfico 14. Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.	73
Figura 15	Gráfico 15. Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.	74
Figura 16	Gráfico 16. Proporção de idosos com avaliação para fragilização	

	na velhice em dia.	75
Figura 17	Gráfico 17. Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia.	76
Figura 18	Gráfico 18. Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis.	77
Figura 19	Gráfico 19. Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular.	78
Figura 20	Gráfico 20. Proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia.	78

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
CEO	Centro Especializado em Odontologia
DANT	Doenças e Agravos não Transmissíveis
ESB -	Equipe de Saúde Bucal
ESF -	Estratégia da Saúde da Família
NASF	Núcleo de Atenção a Saúde da Família
RS	Rio Grande do Sul
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UBS	Unidade Básica de Saúde

Sumário

Apresentação	9
1 Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	23
2 Análise Estratégica	24
2.1 Justificativa	24
2.2 Objetivos e metas	26
2.2.1 Objetivo geral	26
2.2.2 Objetivos específicos e metas	26
2.3 Metodologia	28
2.3.1 Detalhamento das ações	28
2.3.2 Indicadores	47
2.3.3 Logística	52
2.3.4 Cronograma.....	55
3 Relatório da Intervenção.....	57
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	57
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	58
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	59
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	59
4 Avaliação da intervenção.....	61
4.1 Resultados.....	61
4.2 Discussão	79
5 Relatório da intervenção para gestores	82
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	85
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	87
Referências	89
Anexos	90

Apresentação

Este exemplar contempla o Trabalho de Conclusão de Curso exigido como requisito para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família, o qual descreve o processo de estruturação e qualificação do cuidado ofertado aos idosos pertencentes à área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Ouro Preto no município de Carazinho – RS. Teve início das atividades em 18 de julho de 2014 e término 20 de agosto de 2015, a intervenção foi realizada em quatro meses, de 05 de fevereiro 2015 à 11 de junho de 2015.

Ele está estruturado em 5 capítulos, sendo eles, Análise Situacional, onde descreve a situação da Estratégia de Saúde da Família, funcionamento, profissionais que fazem parte da equipe, população adscrita. Análise Estratégica – Projeto de Intervenção que contempla a justificativa, objetivos e metas, metodologia e o detalhamento das ações nos quatros eixos principais: (monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica), indicadores, logística e cronograma de intervenção. Relatório da Intervenção contempla as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente, as ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores, análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra. Avaliação da Intervenção contempla os resultados, a discussão, relatório para o gestor e relatório para a comunidade. Reflexão Crítica sobre o processo pessoal de aprendizado contempla uma análise dos resultados para o crescimento profissional, proporção de satisfação, angústias e ansiedades avaliando o ensino aprendizagem.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Trabalho na UBS (Unidade Básica de Saúde) Nova Ouro Preto, na região sudeste do município de Carazinho, Rio Grande do Sul, é muito pequeno, mas tem uma estrutura básica composta de: recepção, sala de consulta médica e odontológica, curativos, enfermagem, uma pequena sala para reuniões e cozinha. A equipe é formada por um médico, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem, um dentista, uma técnica em Odontologia, uma Secretária, 4 agentes comunitária de saúde e higienizadora. Nossa equipe atende uma população de 2,700 habitantes, divididos em 722 famílias, sendo que as doenças mais freqüentes são a hipertensão e diabetes, que são tratados em três em três meses, em consultas de monitoramento e controle, além de trabalho duas vezes por mês com os grupos onde as orientações são dadas a fim de prevenir complicações.

Temos também cadastradas 16 gestantes a seguir que possuem tratamento diferenciado dependendo da idade gestacional e/ou se apresentar risco, o risco é elevado a cada 15 dias, mensalmente o risco de até 32 semanas, 32 a 36 atendimentos quinzenais e então semanal até o nascimento. Há 65 crianças menores de dois anos de idade; 35 crianças com menores de um ano e 32 de 1 a 2 anos, com consultas mensais até um ano e depois a cada três meses a dois anos, com estas também têm grupos de trabalho, alternando semanalmente.

A população em geral é muito carente economicamente e com nível cultural muito baixo estas influências produzem maus hábitos de higiene e consome água não tratada, poucos hábitos de higiene como não lavar as mãos ou alimentos antes de comer e a presença de micro lixeiros, economia familiar baixa também com influências nas condições, modo e estilo de vida, enquanto a média municipal per capita familiar é bastante aceitável, um por cento dos pacientes têm um per capita muito inferior à média do município. Esta população vive num grupo de habitação doada pela prefeitura, casas que têm um quarto individual e vivendo em famílias com mais de seis pessoas com índice de superlotação alto, que aumenta o risco de proliferação de doenças infecciosas contagiosas e parasitárias em geral. Temos também um grupo de pacientes de usuários de drogas, principalmente de crack. Apesar disso não temos registro de casos de tuberculose ou hanseníase na área. A UBS oferece consultas no período da manhã (12 consultas) com agendamento para

os idosos e na parte da tarde, para rastreamento de idosos, gestantes e crianças, bem como procedimentos médicos, trabalhar com grupos e visitas domiciliares. As reuniões de equipe acontecem todas as quartas-feiras onde analisamos a situação da Unidade, as principais dificuldades, todos fornecem idéias para solução de problemas e programação das atividades da próxima semana.

O município possui um centro especializado que oferece serviço para alguma emergência e como seu nome diz consulta especializada, nestes momentos há falta de médicos especialistas como ginecologistas, oftalmologistas, cardiologistas (a maioria trabalha com o setor privado), temos um pequeno hospital que eu acho que não satisfaz a demanda da população total do município (60,000 habitantes), sala de cirurgia, serviço de UTI (Unidade de Terapia Intensiva) e sala de parto, os casos mais complicados são referidos ao município vizinho de Passo Fundo. Temos o lado privado, a UNIMED, mas a maioria dos nossos pacientes não pode acessar esse serviço pelo alto custo das consultas, temos inúmeras farmácias e laboratórios clínicos da Secretaria da saúde medicamentos e exames de graça, que não satisfaz a demanda do município, aumentando o atraso no recebimento contra testes de referência. Em geral, esta é a situação da UBS, temos que detectar todas as dificuldades e trabalhar na base para melhorá-los através de trabalho diário, em equipe e troca de experiências.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município Carazinho tem aproximadamente 60.000 habitantes, localizado no Planalto Médio (centro-norte do estado), a 284 km de Porto Alegre(capital), Habitada a partir de 1827 por descendentes de portugueses, oriundos de São Paulo. No início do século XX, imigrantes alemães e italianos, e descendentes deles, vieram se juntar à população local. Berço da colonização da região emancipou-se em 1931. região agrícola, produtora principalmente de soja, milho e trigo. A economia local é baseada na agricultura, mas conta também com algumas empresas de grande porte, como a NESTLE(laticínios), Semeato, Rotoplastyc, Stara, TW Transportes, CSBN industrial, SoderTecno, Landrin, Gihal, Max Implementos Agrícolas e Sementes Roos.

O SUS (Sistema Único de Saúde) está estruturado com 12 UBS (Unidades Básicas de Saúde), todos com ESF (Estratégia de Saúde da Família), possuem um centro especializado que oferece serviço para alguma emergência e como seu nome diz consulta especializada, nestes momentos há falta de médicos especialistas como ginecologistas, oftalmologistas, cardiologistas (a maioria trabalha com o setor privado). Temos um pequeno hospital que eu acho que não satisfaz a demanda da população total do município (60 000 habitantes), sala de cirurgia, serviço de UTI (Unidade de Terapia Intensiva) e sala de parto, os casos mais complicados são referidos ao município vizinho de passo fundo. Temos o lado privado, a UNIMED, mas a maioria dos nossos pacientes não pode acessar esse serviço pelo alto custo das consultas, temos inúmeras farmácias e cinco laboratórios clínicos dentro daqueles da Secretaria da saúde medicamentos e exames de graça, que nem sempre satisfaz a demanda do município, aumentando o atraso no recebimento contra testes de referência, temos também um UPA (Unidade de Pronto Atendimento) que ainda esta em fase de terminação. Não existe o NASF (Núcleo de Assistência a Saúde da Família) nem CEO (Centro Especializado em Odontologia).

Em geral não têm dificuldades em termos de disponibilidade de recursos materiais ou medicamentos, nosso principal problema é dado em relação ao agendamento de consultas com especialistas, exames complementares, que qualquer que seja a sua revisão, temos especialistas no município muitos destes não quer trabalhar para o Sistema Único de Saúde, uma vez que, eles preferem o setor privado, gerando atraso nas consultas, e com isso, a lista de pessoas é maior. O consistente complementares como ultrassom, eletrocardiógrafos, Raios-X, mesmo quando há uma necessidade urgente, não consegui, mas, para um ou dois meses mais tarde. A solução para este problema está fora de nossas mãos, porque consideramos quem pode agir a esse respeito é o secretário da saúde, nós temos apenas tentar resolver a maioria dos casos para o posto de saúde, apenas indicam os exames necessários. Para evitar a insatisfação da população. Esta é a nossa principal barreira, as outras coisas como transporte para os trabalhadores da saúde, quando não houver disponibilidade (que é quase sempre) o trabalho é feito a pé ou em transporte pessoal. Se não temos um medicamento na farmácia da secretaria ou algum complementar, investigamos para o paciente onde pode ter acesso a esses, sempre tenta ser a mesma medicação ou complementar, e a um valor que seja

acessível para o paciente e, portanto, perder o maior custo para eles e que fiquem satisfeitos.

A UBS foi projetada para servir menos de 4.000 pessoas, e é por isso que seus quartos são estruturalmente pequenos, não temos salas de administração, farmácia, pra as agentes de saúde ou para reuniões. A sala de espera tem capacidade para cerca de 20 pessoas, uma recepção, onde você a manter os prontuários dos pacientes, este não tem janelas apenas a porta, mas ele é acessível para todas as consultas. Apenas o banheiro masculino tem os requisitos para que possam ser utilizados por pessoas com deficiência, mas também pode ser utilizado por mulheres também e sempre garantindo a privacidade do paciente, ambos são ventilados, com boa iluminação. As reuniões são realizadas na lavanderia tendo em conta que está danificado, foi utilizado com esse objetivo e para as agentes de saúde. Na UBS não tem estrutura para procedimentos médicos como sutura, e urgência /emergência além de que o posto e pra prevenção são atendidas pelo menos pra estabilizar o paciente ate que seja trasladado pra outra unidade donde recebera uma atenção mais superior.

Não há lugar para guardar o lixo contaminado ou não, inicialmente tínhamos, mas não preenchiam as condições, além de que foi quebrado por pessoas de má conduta por parte da população em torno do posto, por isso se acumula em um banheiro que tenha caído em desuso. Devemos seguir os requisitos de segurança no que se refere a separar o lixo comum do lixo biológico, mantenha fechada. Mas ainda não é suficiente, porque a coleta de lixo contaminado é apenas uma vez por mês, e o banheiro é dentro do posto e ao lado da cozinha. Neste caso, penso que o melhor seria a construção de um novo local que satisfaça todas as condições que são necessárias para uma boa coleta de lixo. Além disso, certifique-se de que a colheita é efetuada como esta estabelecida (diário), por isso é necessário tomar as medidas adequadas com o responsável ou mudar a empresa encomendado pelo outro que garantisse que tem sido cumprido. Não há sinais auditivos de orientações ou em braile, o que torna difícil a orientação de pacientes com este tipo de deficiências, bem como, as pessoas que não sabem ler, no que se refere a esta os sinais são acompanhados por imagens que ajudem a compreensão dos pacientes. De um modo geral as deficiências não são limitações para um bom atendimento, mas um estímulo para melhorar a qualidade de nosso trabalho, bem como, um

desafio para a nossa equipe para trabalhar em conjunto na busca de soluções com vista a atender o nosso povo.

Os profissionais de nossa UBS não participaram do processo de territorialização e mapeamento de nossa área de atenção. Este processo foi feito pela secretaria de saúde, a gente só participou na identificação de os grupos de risco. Com a participação de quase todos os profissionais, e excetuando a recepcionista.

As visitas domiciliares são realizadas pelas agentes de saúde comunitárias todos os dias onde são reforçados os temas como hábitos de higiene, prevenção de doenças e promoção de saúde. Só uma vez por semana há visita domiciliar com médico, técnico de enfermagem e agente de saúde. As reuniões de equipe acontecem a cada semana com todos os membros da equipe para discussão dos problemas enfrentados pela equipe, planejamento do trabalho e a troca de ideias para melhorar nosso trabalho. Todos os membros da equipe participam e contribui com o trabalho, a equipe multidisciplinar é fundamental para o bom relacionamento entre os membros. A porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção nossa equipe, acolhendo os usuários e promovendo saúde fazemos programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com a necessidade da população, enfatizando nas intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade. Desenvolver um relacionamento de vínculo e responsabilidade entre as equipes e a população garante a continuidade das ações de saúde. O vínculo por sua vez consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde. Além de melhorar a infraestrutura necessária ao funcionamento das UBS de acordo com suas necessidades e continuar estimulando a formação permanente dos profissionais das equipes.

Além de tudo isso tem uma série de limitações que fazem com que o nosso trabalho e relacionamento com a comunidade podem não ser adequados. Em primeiro lugar, existe o conselho local de saúde, é apenas um no nível municipal e não tem qualquer membro de nossa equipe, o que em minha opinião não cumprir o seu objetivo, pois ele deve ser o responsável por todas as UBS, por conseguinte, para não tê-los criado, estas não têm um pleno conhecimento das necessidades específicas de cada um deles e, por conseguinte, não pode direcionar seu trabalho para resolvê-los, e muitas vezes as medidas tomadas não são realmente

necessárias. Penso que só quem vive diariamente na área da saúde é capaz de identificar as prioridades e trabalhar sobre a base destes.

Não houve atividades populares no ano passado, tão pouco foi promovida atividade física. Trabalhamos de uma maneira geral com os diferentes grupos, embora o horário de trabalho seja bastante apertado. É por essa razão que devemos ter estratégias para conseguir que ligam vários tópicos no mesmo grupo, por exemplo, em grupos de pacientes hipertensos e diabéticos também aproveitar a oportunidade para trabalhar com os idosos, levando-se em conta que a maioria desses grupos é composta por pessoas da terceira idade. E tocar em temas como tabagismo e alcoolismo, que são fatores de risco para essas doenças. O mesmo acontece com os grupos de gestantes e recém-nascidos quando se fala de planejamento familiar, saúde da mulher e de todos os tópicos que podem estar relacionados. Apesar disso, penso que deveríamos aumentar o número de grupos e ligar-nos mais com a comunidade através do trabalho nas escolas, igrejas, CTG (Centro de Tradições Gaúchas). Lugares que são frequentados por um grande número de pessoas e que tem uma grande influência sobre eles por facilitar a conformidade com as nossas orientações e atingir nossos objetivos de promoção e prevenção.

Temos a vantagem de que os 50% da nossa equipe vive na comunidade, Mas temos de conseguir incorporar a outros membros para participar no nosso trabalho de planejamento, organização e as ações de saúde, que não temos uma equipe específica, mas todos juntos podemos cuidar deles, bem como, avaliar e monitorar. O tamanho e o número de nossa equipe de trabalho consideram o que é conveniente, porque lhe damos atenção a uma população de 2856 pessoas, temos só uma equipe composto por: médico, uma enfermeira, um dentista, uma técnica de odontologia, uma técnica de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde, uma secretaria e auxiliar de limpeza. Nossa população esta dividida em 1541 (59,6%) mulheres e 1315(40,4%) homens, com predomínio dos grupos de idade de pacientes de 20 a 29 anos com 483, que representam o 16%.

Segundo Ministério da Saúde, 2011 sobre acolhimento e demanda espontânea: o acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, ele não é, a priori, algo bom ou ruim, mas sim uma prática constitutiva das relações de cuidado. Nossa UBS tem uma população de 2856

pacientes pelo que não temos dificuldades com atenção da demanda espontânea, nos adequamos ao acolhimento pela equipe de referência do usuário.

O enfermeiro de cada equipe realiza a primeira escuta, atendendo à demanda espontânea da população residente na sua área de abrangência e também os seus usuários agendados; nestas situações, o médico faz a retaguarda para os casos agudos da sua área e também atende os usuários agendados. Os pacientes após serem avaliados pela enfermeira e classificados de acordo com o risco e vulnerabilidade para o atendimento e logo são vistos pelo médico seguindo o fluxograma. Situação não aguda o paciente é convencido de que sua doença não precisa de atendimento urgente, se adiantam os procedimentos sem precisara como os diferentes testes são informados quando e onde pode receber sua consulta.

Os casos com alto risco para sua vida são atendidos de forma imediatos estabilizados e encaminhados para as unidades de urgência e emergência. Atendimento prioritário (risco moderado) responderam suas queixas normais curto tempo possível, sempre de acordo a doença que apresente e a situação de saúde nesse momento, os que apresentem risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante, mas precisem ser atendidos no dia, se o enfermeiro não pode resolver a sua necessidade, explicar-lhes que estão a ser servidos, mas tem de esperar pelos pacientes que já estão programados, a gente resolve a maioria dos casos no posto, para evitar que nossos pacientes tenham que dirigir-se à unidade de pronto atendimento, tendo em conta que fica muito longe da UBS.

Enquanto ao atendimento odontológico não se realiza serviço odontológico especializado, porque nossa Unidade de Saúde não tem condições para esse tratamento, mas os pacientes são informados onde podem ter acesso para receber o serviço resto dos procedimentos satisfazem as necessidades da população, os pacientes após solicitar para secretaria o atendimento são avaliados em conjunto com o odontólogo e a técnica em odontologia, em concordância com o total de população a demanda espontânea é atendida sem dificuldade.

Nossa UBS conta com 35 menores de um ano; uma vez nascido, aprendemos através de nossos agentes de saúde, além de que por sorte nossos pacientes são muito disciplinados e eles enviam-nos a informação, mesmo assim, quando se realiza o teste do pezinho, se ainda não era, enfermeira aproveita e recolhe todos os dados da criança. Temo-nos 100% de cobertura, atendemos de quinze em quinze dias aproximadamente oito lactentes, os maiores de seis meses

se atendem de dois em dois meses, e os recém-nascidos o primeiro mês são vistos pela pediatra, de 1 a 6 mensais.

Nossos indicadores estão muito bons, o 100% de nossos bebês fizeram teste do pezinho, triagem auditiva, as vacinas estão em dia, foram avaliados por pediatra no primeiro mês, em todas as consultas são avaliados os indicadores do peso, circunferência abdominal e torácica, e comprimento, além de desenvolvimento psicomotor, são dadas orientações sobre acidentes domésticos e aleitamento materno, assim também, sobre saúde bucal, quando começam a aparecer os primeiros dentes e como devem cuidar deles. De forma geral a gente ensina a nossas mães sobre tudo o que devem saber do cuidado da criança, quando tem que vacinar para que e a vacina, alimentação, isso durante a consulta e nos grupos que são feitos uma vez por mês. Na ultima consulta são indicados os exames pares avaliar depois e seguimento de seis em seis meses, após um ano.

Tendo em conta o preenchido no caderno de ações programáticas, de forma geral a atenção às crianças é bastante boa, só considero que a participação do psicólogo deveria de ser maior porque quase todas nossas mães são adolescentes, e com primeiro filho, as consultas pediátricas deveriam ser de três em três meses em forma de avaliação, o odontólogo deveria ser vinculado as nossas consultas independentemente de que colaboram com nós durante os grupos, a gente não tem prontuário odontológico para criança menor de dois anos, o número de consulta para crianças maiores de dois anos e até 15 anos deveria ser maior, acho de vital importância o trabalho com os adolescentes, além de que nesta idade o número de acidentes é considerável, assim como, a violência familiar e a gente detectam retardos na aprendizagem.

A equipe segue o manual da demanda espontânea do ano 2012 do ministério de saúde, para todos os pacientes, e prioriza as crianças na frente dos adultos sempre que não comprometa a vida deles (adultos), nem a vida da criança, a cobertura para o atendimento é boa, nós conseguimos atender toda demanda espontânea do posto. O nosso registro é realizado no prontuário individual e a caderneta da criança, uma vez que é um trabalho feito em conjunto com a equipe de trabalho, todas as semanas, as reuniões, as informações são atualizadas, e mensalmente é um relatório com as principais estatísticas de visitantes do posto de saúde, no âmbito do qual se deverá avaliar a gestante, enfermagem, nascimento e outros.

A cobertura da assistência pré-natal para mim, compreender é perfeitamente aceitável, uma vez que estamos apenas com um 44 %, no caso de um aumento do número de mulheres grávidas que não seria ainda superior ao nosso nível, por isso que nossa presença iria continuar, porque não vai definitivamente transgredir os limites de acordo com o total da população. Os indicadores são muito bons, temos uma boa cobertura, o acompanhamento e o controle das grávidas está servindo como estabelecido, temos apenas problemas no que se refere à parte de atenção dentária que não está realizando, porque apesar de ter consultas e serem orientadas nesse sentido, as mulheres grávidas não querem assistir o odontológico. Em termos de puérperas estamos com 100% de cobertura e poderíamos exceder um pouco mais, mas somente em um ou dois partos por ano, geralmente em função de vão ganhando algumas, as outras grávidas vão ficando grávidas, portanto, é sempre estável, pois ela nunca tenha ultrapassado o número de nascidos vivos com as grávidas. As consultas são realizadas com qualidade, avaliando e analisando-os adequadamente rastreando todos os padrões e protocolos estabelecidos. Nossos indicadores de pós-parto são a 100 %, isso não vai nos afetar porque como, por exemplo, agora, neste momento, estamos apenas tendo em 4º puérperas e o número é mantido bem ao longo do ano, ou seja, mensalmente olhamos em torno de 4 a 5 puérperas para que possamos fazer uma consulta de qualidade, sem sentir a pressão de tempo.

No pré-natal a UBS, uma vez por semana, no período da tarde, as mulheres grávidas e as puérperas são servidas por uma enfermeira, que executa o acolhimento e, em seguida, passar o controle a consulta com o médico, uma vez na semana é suficiente, porque temos 19 grávidas e quatro puérperas, agora, neste momento, para, semanalmente, atender em torno de 6 a 7 pacientes. Todas as nossas gestantes pertencem à nossa área da saúde, a gente segue os protocolos de monitorização para puérperas e grávidas, não existe um arquivo específico para o registro de atendimentos das grávidas só temos o prontuário, na primeira consulta elas são avaliadas e classificadas segundo o risco que apresentam e encaminhadas a consulta de alto risco com obstetra, que atende no Centro de Especialidades Médicas, tendo em conta os protocolos, fazemos grupos com as grávidas e os lactentes onde a gente dá as orientações e aborda temas que geralmente são solicitados por nossas pacientes.

De forma geral considero que as grávidas em dependência de risco o não deveriam ser avaliadas por ginecologista, com risco alto toda gravidez e risco baixo pelo menos uma vez o número de ginecologistas deveria ser maior assim teriam, mais cobertura para atendimento e maior qualidade, todas as grávidas deveriam ser avaliadas por nutricionista e psicologista, estão melhoraria a qualidade da alimentação das grávidas, aprenderiam a alimentar-se e sentiriam apoio psicológico, além de que esta avaliação permitira detectar cedo doenças psicológicas quase sempre associadas ao ambiente familiar e o número ultrassom considera é insuficiente, não se realizam u/s com objetivo de detectar cedo doenças genéticas, nem tem especialistas em genética que avalie as grávidas tenham ou não tenham risco.

A equipe tem registrado o número de mulheres da população alvo para a realização da mamografia, mas não tem como controlar e saber que mulheres ainda não fizeram a mamografia, a gente só tem registro das que já fizeram assim nosso caderno este realizado acima dessa base, por isso nossos indicadores não estão exibindo valores muito favoráveis tem 100 (60%) mamografias feitas e com avaliação de risco, 28 (17%) mulheres com, mas de três meses de atraso, a gente realiza labores de prevenção com as pacientes que assistem ao posto, mas isso não é suficiente, porque a cobertura é pouca e a gente não chega a todas as mulheres.

A mesma situação tem o câncer de colo, fizemos 183 citologias pra um 35%, destes dois chegaram com resultados positivos, 344 mulheres tem exame com, mais de três meses de atraso que representa um 65%, a gente manteve a promoção da importância do exame como único método para detecção precoce desta doença. De forma geral o seguimento e controle de câncer de colo e de mamas estão na mesma situação, não se tem controle das mulheres dentro da população alvo, assim que depende da vontade das mulheres para fazer o exame, que graças a nossos labores de prevenção e de divulgação a gente conseguiu que um grão marte assista. Existe demora no retorno dos resultados, às vezes tem perdas, para ter uma ideia: o resultado da mamografia demora aproximadamente dois meses, mesmo assim com a citologia, em caso de ter um resultado positivo agendar uma consulta pra ginecologista pode demorar, mais um o dois meses mais.

Por isso eu considero que as citologias e as mamografias deveriam de ser feitas aqui no município assim diminuiria a demora e o número de perdas, aumentarem o número de ginecologistas para diminuir a demora no agendamento

das consultas, ou criar uma consulta especializada somente nestas duas patologias, aumentar as propagandas na televisão, na radio, e no jornal. Para chegar a essa parte da população que ainda não tem consciência do perigo que representam estas doenças.

Na UBS primeiramente fazer um levantamento de todas as mulheres dentro da população alvo que inclua nome, apelido, endereço, data de nascimento e fatores de risco, com esses dados fazer um registro pessoal com a data da coleta da mostra e logo com o resultado, isso seria na forma de carteira igual à carteira de vacina, colocar essas carteiras nos registros com todos os meses do ano e acomodá-las segundo fizeram a citologia e a mamografia, quer dizer se você fez a citologia no mês de março então vai ser acomodada no mês de março novamente. Quando chegar o resultado seria colocado dentro do registro, mas no ano que corresponderia fazer o exame novamente, assim a gente teria o controle dos resultados, a data em que foi feita e a data que corresponde fazer novamente a citologia e a mamografia, poderia em caso de que a paciente esquecera lembrar para elas quando deveria fazer.

Por meio das agentes de saúde a gente tem bem registrado o número de pacientes diabéticos e hipertensos, que se encontra bem adaptado a nossa realidade porque em concordância ao caderno nós temos menor quantidade de pessoas que sofrem este tipo de doenças, desta forma que nossa cobertura vai ser muito melhor ainda, de acordo ao número populacional nos deveríamos ter 638 hipertensos e 182 diabéticos e temos só um 40% de cada, isso nos dá a facilidade de dar um melhor atendimento, e diminuir a demanda espontânea dessas doenças, além de poder cumprir com nosso trabalho de promoção e prevenção para dar cumprimento a todos os indicadores referidos no caderno. No caso dos diabéticos temos 36 pacientes com exame dos pés realizado nos últimos três meses, mas isso acontece porque foi um número de pacientes envelhecido neste período, o exame é realizado a todos os pacientes em consulta.

Agora nossos principais problemas se encontram em: abandono de tratamento não toma o tratamento direitinho, não assistem aos grupos e esquecem a data de consultas, para melhorar nesse aspecto considero que deveríamos aumentar a propaganda de nosso grupo e convencer a nossos pacientes de sua importância, convidar outros profissionais como nutricionistas, odontologistas, fisioterapeutas, psicólogos. Para formar parte deles e que apresentem trabalhos que contribuam a

melhorar a qualidade de vida dos pacientes, agendar as consultas, aumentar o número de visitas domiciliares, fazer um registro onde a gente preencha a data da consulta resultada de exames e data da próxima consulta para evitar que se o paciente esqueça a gente pode lembrar e assim não perder seu seguimento, lograr avaliar estes pacientes pelo menos uma vez por ano com cardiologistas e endocrinologistas sobre todo aquele com maior risco a sofrer doenças cardiovasculares.

Nossa forma de registro permitiu o preenchimento desta parte do Caderno de Ações Programáticas, a estimativa do número de idosos residentes na área, disponível na lista de denominadores na tela inicial do Caderno de Ações Programáticas é adequada a nossa realidade, ela é de 390 e a gente tem 256 pacientes idosos assim que nós ficamos por embaixo, por isso nossa cobertura é muito boa, conseguimos dar atenção a todos nossos pacientes, mesmo assim nossos indicadores não estão bem, temos cobertura, mas não logramos ainda que todos os pacientes sejam avaliados na consulta devido a que não assistem, só o 45% dos pacientes tem acompanhamento em dia, e o 38% sofre de hipertensão, assim como, um 14 % de diabetes mellitus, duas doenças muito frequentes e causas de um alto número de complicações que podem afeitar a mobilidade da nossa área. O 0% deles não tem caderneta do idoso nem avaliação multidimensional, e só os que têm o acompanhamento em dia tem avaliação de risco pra morbimortalidade e investigação de indicadores de fragilização na velhice. Na nossa UBS não existe um protocolo do seguimento pra os idosos e só temos o prontuário individual pra fazer o registro, tendo que o por cento de hipertensos e diabéticos nos idosos é alto e que nosso espaço de tempo no trabalho è limitado, a gente aproveita no mesmo grupo de hipertensos e diabéticos e dá temas de educação em saúde pra idosos também.

Da atenção dos idosos a gente tem muito que melhorar, tendo em conta que o risco de acidentes, a depressão e a doenças crônicas tem um aumento neste grupo de idade, primeiramente acho que devemos lograr que os pacientes cumpram com o agendamento das consultas, para isso temos que incluir aos familiares para que em caso que eles esqueçam sejam lembrados, além de que no momento da consulta também devem estar acompanhados para melhor compreensão das orientações, buscarem estratégias para melhorar assistência aos grupos, como a presença de psicologistas, fisiatras, nutricionistas entre outros que colaborem com nosso trabalho. Retomar o uso da caderneta, fazer um registro onde apareçam os

resultados das avaliações feitas para os idosos, desta forma a gente poderia ter um melhor controle das principais deficiências e trabalhar na base da sua resolução.

Mesmo quando nossa média de procedimentos clínicos por habitantes/mês na saúde bucal esta por acima do valor mínimo (0.6), nossos níveis deixam muito para falar, os pacientes com tratamento inicial completado não supera 2% nos escolares, 3% nos de 15 a 59 anos e idosos, e nenhum dos pré-escolares e as grávidas completou ainda um tratamento, por tanto nossa capacidade é insuficiente, devido a que nossos profissionais trabalham em duas Unidades, fazendo 20 horas semanais em cada UBS, não podendo atender a toda a demanda da unidade. Isto afeta o trabalho de promoção, pois com apenas 20 horas semanais, não sobra muito tempo para ações coletivas.

A média de procedimentos é relativamente boa, comparando com as horas que o profissional trabalha na unidade, já que o profissional, como também a equipe, além de não ter recebido capacitação sobre o que preconiza o Ministério da Saúde. Também tem dificuldades em relação à grande demanda da outra unidade que duplica o número de pacientes. Devido ao pouco tempo do profissional na unidade não há dias específicos para atender grupos prioritários, tendo apenas um dia para atendimento a escolares e a pré-escolares. Isto vai ser possível a partir do momento em que o profissional atenda 40 horas na UBS, pois sem isso não há tempo para desenvolver ações de prevenção. A razão está de acordo, pois a população falta muito às consultas pré-agendadas, então temos que atender aos não agendados e urgências.

A atenção à saúde bucal poderá ser melhorada a partir do momento em que houver um profissional trabalhando integralmente na unidade conforme preconiza o ministério da saúde, porque é impossível realizar ações programáticas atuando pouco tempo na mesma, mas com o apoio do resto da equipe nas ações de promoção e prevenção a gente pode mudar um pouco essa situação, temos que aumentar nosso trabalho com as grávidas e pré-escolares sobre a importância da saúde bucal.

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

De um modo geral, por meio de um resumo, temos agora o trabalho um pouco mais organizado que nós tivemos quando comecei a trabalhar, ao longo de todo este período, temos sido capazes de fazer uma avaliação de nossa área e para identificar alguns pontos fracos no que temos de trabalhar. Nossa equipe de trabalho tem sido acompanhada por um bem comum, que é melhorar a qualidade do nosso serviço, e a saúde de nossos pacientes, sabemos que ainda falta muito trabalho pela frente e ainda temos algumas dificuldades que nos afetam, não determina o bom funcionamento da Unidade, temos sido capazes de aumentar o número de visitantes para os grupos, melhorar o nosso relacionamento com a comunidade, e, como é óbvio, as relações internas no seio da equipe de trabalho da UBS, esperamos que para fazer um bom levantamento dos principais problemas e lutar para resolvê-los.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

O Brasil caminha velozmente rumo a um perfil demográfico cada vez mais envelhecido; fenômeno que, sem sombra de dúvidas, implicará na necessidade de adequações das políticas sociais, particularmente daquelas voltadas para atender às crescentes demandas nas áreas da saúde, previdência e assistência social.(1) Muitas pessoas idosas são acometidas por doenças e agravos crônicos não transmissíveis (DANT) - estados permanentes ou de longa permanência - que requerem acompanhamento constante, pois, em razão da sua natureza, não têm cura. Essas condições crônicas tendem a se manifestar de forma expressiva na idade mais avançada e, frequentemente, estão associadas (comorbidades). Podem gerar um processo incapacitante, afetando a funcionalidade das pessoas idosas, ou seja, dificultando ou impedindo o desempenho de suas atividades cotidianas de forma independente. Ainda que não sejam fatais, essas condições geralmente tendem a comprometer de forma significativa a qualidade de vida dos idosos.(2)

A UBS tem uma estrutura básica composta de: recepção, sala de consulta médica e odontológica, curativos, sala de enfermagem, uma pequena sala para reuniões e cozinha. A equipe é formada por um médico, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem, um dentista, uma técnica em odontologia, uma secretária, 4 agentes comunitárias de saúde e higienizadora. Nossa equipe atende uma população de 2,700 habitantes, divididos em 722 famílias. A estimativa do número de idosos residentes na área, disponível na lista de denominadores na tela inicial do Caderno de Ações Programáticas é adequada a nossa realidade, ela é de 390, no entanto tem 261 pacientes idosos cadastrados, por isso nossa cobertura é muito boa, conseguimos dar atenção a todos nossos pacientes, mesmo assim nossos

indicadores não estão bem, temos cobertura, mas não conseguimos atingir bons indicadores de qualidade, ainda que todos os pacientes sejam avaliados na consulta, apenas 45% dos pacientes tem acompanhamento em dia, e 38% sofre de hipertensão, assim como, cerca de 14 % de diabetes mellitus, duas doenças muito freqüentes e causas de um alto número de complicações que podem afetar a morbidade da nossa área. Nenhum deles com caderneta do idoso, sem avaliação multidimensional, sendo que aqueles com acompanhamento em dia tem avaliação de risco para morbimortalidade e investigação de indicadores de fragilização na velhice. Na UBS não existe um protocolo do seguimento para os idosos temos somente o prontuário individual para fazer o registro, o percentual de hipertensos e diabéticos nos idosos é alto e nosso espaço de tempo no trabalho é limitado, aproveitamos o mesmo grupo de hipertensos e diabéticos para realizar os grupos com temas de educação em saúde para idosos também.

A Saúde da Família trabalha com práticas interdisciplinares desenvolvidas por equipes que se responsabilizam pela saúde da população a ela adstrita e na perspectiva de uma atenção integral humanizada, considerando a realidade local e valorizando as diferentes necessidades dos grupos populacionais. No trabalho das equipes da Atenção Básica/Saúde da Família, as ações coletivas na comunidade, as atividades de grupo, a participação das redes sociais dos usuários são alguns dos recursos indispensáveis para atuação nas dimensões cultural e social. No momento em que a nossa equipe está engajada em um novo remapeamento que nos permitirá cadastrar em nosso registro 100% de toda a população idosa, além do preenchimento da caderneta dos idosos, a realização dos grupos, e as avaliações multidimensionais rápidas e odontológicas dos presentes em consultas. Toda nossa equipe esta organizada para o presente trabalho, os agentes de saúde estão fazendo o remapeamento, a secretária cadastra pacientes em registro, a enfermeira é responsável pela caderneta dos Idosos e o departamento de odontologia da avaliação do dentista, em consultas, sou responsável pela avaliação multidisciplinar.

As nossas principais vantagens são as seguintes: em primeiro lugar, o tamanho da área de abrangência, que nos permite chegar a toda a população em um curto período de tempo, sem afetar a qualidade do trabalho, o total da população em geral e as pessoas com mais de 60 anos que facilita sua pesquisa e avaliação sem prejudicar o resto da população ou a demanda espontânea, e que temos que cumprir de acordo com decreto do poder executivo No. 034 de 11 de Março de 2014

da Prefeitura Disposição sobre o agendamento consultas para pacientes idosos com deficiência, que prioriza a eles. Todas essas ações vão nos permitir um maior controle sobre os cuidados e o acompanhamento ao idoso, detectar suas principais dificuldades e deficiências e agir sobre elas, quer na família ou na saúde. Diminuir a incidência de doenças crônicas e suas complicações, apoio emocional, pois considero que ao melhorar o atendimento as pessoas se sentirão mais confiantes, e acima de tudo aumentar a sua expectativa de vida.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a Atenção á Saúde do Idoso na UBS Ouro Preto na cidade de Carazinho/RS;

2.2.2 Objetivos específicos e metas

2.2- Objetivos Específicos:

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

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos.

2.3- Metas:

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

Meta 1. Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 100%.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Meta 2.10 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 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 Básica de Saúde Ouro Preto, no Município de Carazinho localizado no Rio Grande do Sul. Participarão da intervenção 261 idosos residentes na área adstrita no período de 16 semanas com início em 05 de fevereiro e término em 20 de junho de 2015.

2.3.1 Detalhamento das ações

Detalhamento das ações necessárias para o alcance das metas nos quatro eixos pedagógicos:

Objetivo 1 Ampliar a cobertura a Atenção a Saúde do Idoso.

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

Monitoramento e Avaliação

Monitorar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde periodicamente (pelo menos mensalmente). Para esta meta foi realizado monitoramento semanal dos idosos cadastrados no programa por meio da avaliação da ficha espelho. Também foi monitorado mensalmente a disponibilidade das fichas-espelhos para cadastramento dos idosos, para que sempre estejam em quantidades suficientes. A enfermeira revisou os registros nas fichas espelhos, a agenda de consultas e os prontuários para identificar os idosos com consultas ou procedimentos/exames em atraso, para posterior busca ativa pelas ACS.

Organização e gestão do serviço

Acolher e Cadastrar todos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde. Todos os idosos que vierem para a unidade, tanto por agendamento quanto por livre demanda forma acolhidos por um profissional da equipe e cadastrados em uma ficha espelho específica que foi adotada pela equipe e ficando disponível na unidade, desta forma todos os idosos da área de cobertura formam acolhidos e cadastrados. Foi proporcionado pela equipe acolhimento especializado à idosos e realização de registros (caderneta de idoso, prontuário) e cadastro (SIAB) efetivos na unidade.

Engajamento Público

Foi esclarecido a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde através da sensibilização junto a comunidade para a importância do acompanhamento da saúde do idoso pela equipe de saúde, por meio de folders, cartazes, mídia local bem como pelos profissionais de saúde na unidade durante os atendimentos, orientações na sala de espera e nos grupos de educação em saúde na comunidade.

Informado a comunidade sobre a existência do programa de atenção ao idoso da unidade de saúde através da Promoção de orientações gerais, em todos os espaços públicos e domicílios, sobre a existência do programa de atenção ao idoso pela equipe de saúde por meio de folders, cartazes, mídia local bem como pelos profissionais de saúde na unidade durante os atendimentos.

Qualificação da prática clínica

Capacitado a equipe no acolhimento aos idosos e para a Política Nacional de Humanização com a realização de encontros com capacitação para a equipe e que serão agendados conforme disponibilidade de participação dos profissionais, durante os encontros foram abordados assuntos referentes às formas de acolhimento preconizado na Política de Humanização e de que forma cada membro da equipe pode estar promovendo o acolhimento ao idoso e seus familiares sempre que procurarem o serviço na unidade. Também foi discutida a possibilidade de adoção de um protocolo específico para guiar o cuidado que será ofertado. Caderno da atenção básica n 19, Atenção a Saúde do Idoso, MS 2006).

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.

Monitoramento e Avaliação

A realização de avaliação multidimensional rápida deve ser monitorada pelo menos anual em todos os idosos, para atingir esta meta durante a intervenção houve revisão dos registros fichas espelhos e prontuários pela enfermeira semanalmente identificando aqueles que não receberam a avaliação multidimensional rápida, para posterior busca ativa pelas ACS. Também foi implantado uma planilha para registro específico de acompanhamento aos idosos, que será fornecida pelo curso de saúde da família para registrar todos os atendimentos dos idosos.

Da mesma forma foi organizado um sistema de registro que viabilizou situações de alerta quanto ao atraso na realização de consultas de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, e realização da avaliação multidimensional rápida e dos demais procedimentos preconizados. A equipe de enfermagem revisou semanalmente os prontuários clínicos e registros a fim de verificar idosos ao atraso na realização de consultas de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, e na realização da multidimensional rápida e dos demais procedimentos preconizados pelo protocolo do ministério, identificando sinais de alerta.

Organização e gestão do serviço

Foram garantidos os recursos necessários para aplicação da avaliação multidimensional rápida para todos os idosos (balança, antropômetro, tabela de snellen). O médico da Unidade conversou com o gestor a fim de proporcionar a equipe de saúde todos os recursos necessários para avaliação multidimensional rápida os idosos.

Engajamento Público

A comunidade foi informada sobre a existência da avaliação multidimensional rápida para todos os idosos na Unidade através do programa de

qualificação a saúde do idoso. Também houve promoção de orientações gerais, em todos os espaços públicos e domicílios, sobre esta avaliação na atenção ao idoso pela equipe de saúde por meio de folders, cartazes, mídia local bem como pelos profissionais de saúde nos grupos de educação em saúde na comunidade.

Qualificação da prática clínica

Foi garantida a equipe um registro que viabilizou situações de alerta e atraso em algum procedimento de atendimento dos idosos, para esta meta o médico da Unidade realizou capacitação nas reuniões de equipe para a equipe de enfermagem revisar periodicamente os registros identificando sinais de alerta em atrasos de procedimentos. Para os encontros foram utilizados materiais audiovisuais, bem como cartilhas, folders e protocolo do Ministério da Saúde Cadernos de Atenção Básica n 19 Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2006.

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

Monitoramento e Avaliação

Foi monitorado a realização de exame clínico apropriado aos idosos acompanhados na unidade, através da revisão semanal pela enfermeira dos registros: fichas espelhos e prontuário clínico identificando os idosos que não tem exame clínico apropriados, para posterior busca ativa pelas ACS.

Organização e gestão do serviço

Garantido a busca a idosos que não realizaram exame clínico apropriado, onde o médico da Unidade revisou semanalmente os prontuários em busca dos idosos com exame clínico inadequado que necessitam de agendamento de consulta para avaliação.

Organizado a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas ativa sendo destinado um proporcional de vagas na agenda para acompanhamento dos idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas de visitas domiciliares de toda equipe.

Garantido a referência e contra referência de pacientes com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades, através da criação de vínculo com outras unidades de saúde (referência) do Município para lograr referência e contra referência de pacientes com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades em pacientes idosos atendidos nas avaliações do projeto.

Engajamento Público

Informado a comunidade sobre a existência do exame clínico apropriado para todos os idosos na Unidade através do programa de qualificação a saúde do idoso. Promovido orientações gerais, em todos os espaços públicos e domicílios, sobre esta avaliação na atenção ao idoso pela equipe de saúde por meio de folders, cartazes, mídia local bem como pelos profissionais de saúde nos grupos de educação em saúde na comunidade.

Qualificação da prática clínica

Foram definidas atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e ou diabéticos, onde o médico da Unidade realizou capacitação nas reuniões de equipe para todos os profissionais envolvidos no projeto para realizar exame clínico de idosos hipertensos e diabéticos. Para os encontros serão utilizados materiais audiovisuais, bem como cartilhas, folders e protocolo do Ministério da Saúde Cadernos de Atenção Básica Saúde da Pessoa Idosa, 2006.

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

Monitoramento e Avaliação

O número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais foi monitorado de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde, onde semanalmente houve pesquisa a todos os idosos com monitoramento da pressão arterial e realização HGT (Glicose capilar) nas consultas médicas na Unidade e em atividade de grupo mensal.

Organização e gestão do serviço

A solicitação dos exames complementares foi garantida, para a realização desta ação a equipe de enfermagem revisou com periodicidade semanal prontuários e registros a fim de verificar a solicitação de exames complementares aos idosos avaliados.

Da mesma forma, foi garantido com o gestor municipal agilidade para realização dos exames complementares definidos no protocolo, onde o médico da Unidade negociará com o gestor municipal uma cota extra para a solicitação de exames complementares definidos no protocolo aos idosos com agilidade.

Engajamento Público

Informado a comunidade sobre a existência de exames complementares periódicos a idosos hipertensos e diabéticos na Unidade através do programa de qualificação a saúde do idoso, sendo promovido orientações gerais, em todos os espaços públicos e domicílios, sobre esta disponibilidade na atenção ao idoso pela equipe de saúde por meio de folders, cartazes, mídia local bem como pelos profissionais de saúde nos grupos de educação em saúde na comunidade.

Qualificação da prática clínica

O médico da Unidade realizou capacitação nas reuniões de equipe para todos os profissionais envolvidos no projeto onde foi orientado os idosos hipertensos e diabéticos para a realização de acompanhamento na Unidade e realização dos exames complementares garantido no protocolo. Para os encontros serão utilizados materiais audiovisuais, bem como cartilhas, folders e protocolo do Ministério da Saúde Cadernos de Atenção Básica Saúde da Pessoa Idosa, 2006.

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

Monitoramento e Avaliação

O acesso aos medicamentos da farmácia popular/ hiperdia foi monitorado através da revisão pelo enfermeira semanalmente os medicamentos da farmácia básica realizando o pedido extra com antecedência afim de não haver falta de medicamentos.

Organização e gestão do serviço

Realizou-se controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos. A médica da Unidade realizou capacitação nas reuniões de equipe para a equipe de enfermagem revisar periodicamente os estoques de medicamentos incluindo data de validade de os medicamentos utilizados pelos idosos. Para os encontros serão utilizados materiais audiovisuais, bem como cartilhas, folders e protocolo do Ministério da Saúde Cadernos de Atenção Básica n 19 Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2006.

Engajamento Público

A equipe também foi capacitada para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da farmácia popular/hiperdia. Para os encontros serão utilizados materiais audiovisuais, bem como cartilhas, folders e protocolo do Ministério da Saúde da Saúde Cadernos de Atenção Básica n 19 Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2006.

Qualificação da prática clínica

A equipe de enfermagem foi capacitada para manter o registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde. A médica da Unidade realizou capacitação nas reuniões de equipe para a equipe de enfermagem revisar periodicamente o registro da necessidade de medicamentos dos idosos diabéticos e hipertensos. Para os encontros serão utilizados materiais audiovisuais, bem como cartilhas, folders e protocolo do Ministério da Saúde Cadernos de Atenção Básica n 19 Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2006.

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

Monitoramento e Avaliação

O número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados foi monitorado, onde os ACS realizaram semanalmente a atualização dos registros de pacientes acamados ou com problema de locomoção, a fim de programar as visitas domiciliares.

Organização e gestão do serviço

Garantido o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa, através da atualização dos registros semanalmente pela equipe com ajuda de ACS, dos registros de pacientes acamados ou com problemas de locomoção identificados nas visitas domiciliares.

Engajamento Público

A equipe também foi capacitada para orientar os usuários sobre o cadastramento dos acamados e ou com dificuldades de locomoção, onde foi informado a população nos grupos de educação em saúde sobre seus direitos. Para os encontros serão utilizados materiais audiovisuais, bem como cartilhas, folders e protocolo do Ministério da Saúde da Saúde Cadernos de Atenção Básica n 19 Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2006.

Qualificação da prática clínica

Capacitado a equipe para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência, para atingir esta meta a equipe foi capacitada para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência. Para os encontros serão utilizados materiais audiovisuais, bem como cartilhas, folders e protocolo do Ministério da Saúde Cadernos de Atenção Básica n 19 Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2006.

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

Monitoramento e Avaliação

Foi monitorado a realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção, onde a enfermeira realizou a avaliação dos registros dos pacientes acamados ou com problemas de locomoção nas reuniões de equipe, organizando o agendamento das visitas domiciliares.

Organização e gestão do serviço

Garantido o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa com visita domiciliar em dia através da atualização semanalmente pela equipe com ajuda de ACS, dos registros de pacientes acamados o com problemas de locomoção que receberam visitas domiciliares.

Engajamento Público

A equipe também foi capacitada para orientar os usuários sobre as visitas domiciliares a acamados e ou com dificuldades de locomoção, onde foi informado a população nos grupos de educação em saúde sobre seus direitos. Para os encontros serão utilizados materiais audiovisuais, bem como cartilhas, folders e protocolo do Ministério da Saúde da Saúde Cadernos de Atenção Básica n 19 Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2006.

Qualificação da prática clínica

O médico capacitou os ACS sobre cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. Para os encontros serão utilizados materiais audiovisuais, bem como cartilhas, folders e protocolo do Ministério da Saúde Cadernos de Atenção Básica n 19 Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2006.

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

Monitoramento e Avaliação

Monitorado o número de idosos submetidos a rastreamento para HTA, periodicamente (pelo menos anualmente), onde foi realizado semanalmente pelas técnicas em enfermagem revisão dos prontuários dos idosos para verificar rastreamento para HTA no ano.

Organização e gestão do serviço

Rastreado 100% dos idosos para hipertensão arterial sistêmica, através do acolhimento dos idosos portadores HAS e rastreado todos os idosos que foram cadastrados e acompanhados na Unidade. Garantido material adequado para a

tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

Engajamento Público

Informado a comunidade sobre o rastreamento da Hipertensão arterial na Unidade de Saúde através do programa de qualificação a saúde do idoso, onde foi promovido orientações gerais, em todos os espaços públicos e domicílios, sobre esta disponibilidade de atendimento na atenção ao idoso pela equipe de saúde por meio de folders, cartazes, mídia local bem como pelos profissionais de saúde nos grupos de educação em saúde na comunidade.

Qualificação da prática clínica

Para esta meta o médico capacitou os profissionais da enfermagem para verificar da pressão arterial de forma criteriosa incluindo uso adequado do manguito. Para os encontros serão utilizados materiais audiovisuais, bem como cartilhas, folders e protocolo do Ministério da Saúde Cadernos de Atenção Básica n 19 Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2006.

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

Monitoramento e Avaliação

O número de idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmhg submetidos a rastreamento para DM foi durante os grupos que aconteceram mensalmente, e nas consultas onde foi realizada aferição de pressão arterial, e revisão pelas técnicas em enfermagem dos registros e prontuários identificando os idosos com pressão arterial maior a 135/80 e o rastreamento para DM anualmente.

Organização e gestão do serviço

Foi verificada a pressão arterial pela equipe de enfermagem durante a triagem de atendimento a todos os idosos que vieram a Unidade por agendamento de consulta ou por outro motivo e nos grupos de educação em saúde e visitas domiciliares e rastreamento anual pelo médico da DM.

Engajamento Público

A comunidade foi informada sobre a realização do hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmhg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, para isto foi promovido orientações gerais, em todos os espaços públicos e domicílios, sobre esta disponibilidade de atendimento na atenção ao idoso pela equipe de saúde por meio de folders, cartazes, mídia local bem como pelos profissionais de saúde nos grupos de educação em saúde na comunidade nas consultas médicas.

Qualificação da prática clínica

O médico capacitou os profissionais da enfermagem para realização do hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmhg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica. Para os encontros foram utilizados materiais audiovisuais, bem como cartilhas, folders e protocolo do Ministério da Saúde Cadernos de Atenção Básica n 19 Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2006.

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

Monitoramento e Avaliação

Para esta ação semanalmente a médica da UBS junto à equipe de saúde bucal identificou os idosos com necessidade de tratamento odontológico nas consultas médicas, encaminhando para o agendamento que foi semanal.

Da mesma forma semanalmente o médico do PSF junto a equipe de saúde bucal revisou os registros odontológicos para verificar número de idosos cadastrados em acompanhamento odontológico e busca ativa dos faltosos.

Organização e gestão do serviço

A agenda foi organizada de modo a priorizar o atendimento dos idosos com necessidade de atendimento odontológico em dois turnos semanais, nestes turnos foi aproveitado para cadastrar idosos faltosas que vierem a UBS mesmo que por outro motivo. O dentista realizou atendimento prioritário dos idosos, em qualquer um dos dois turnos disponíveis para atendimento odontológico

Engajamento Público

Informado a comunidade sobre a existência da avaliação de necessidade de consulta odontológica no programa de atenção ao idoso da unidade de saúde. Promovido orientações gerais, em todos os espaços públicos e domicílios, sobre esta avaliação pela equipe de saúde por meio de folders, cartazes, mídia local bem como pelos profissionais de saúde na unidade durante os atendimentos

Qualificação da prática clínica

O médico e odontólogo capacitaram a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em idosos. Para os encontros serão utilizados materiais audiovisuais, bem como cartilhas, folders e protocolo do Ministério da Saúde Cadernos de Atenção Básica n 19 Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2006.

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

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

Monitoramento e Avaliação

A enfermeira e médico da UBS semanalmente fizeram o monitoramento do percentual de idosos com consultas de avaliação, através dos registros em fichas espelhos e prontuários da Unidade. Foi anexado um sinal de alerta na ficha espelho a fim de facilitar a identificação e possível busca. Em qualquer situação de atraso o idoso será buscado pelos ACS para possível regularização.

Organização e gestão do serviço

A agenda para acolher os idosos provenientes das buscas nos dias em que estes vierem a UBS foi organizada, para isto foi disponibilizado em cada turno do dia, um horário para o atendimento dos idosos faltosos, assim como a disponibilidade de um profissional treinado para realizar a avaliação.

Engajamento Público

Informado a comunidade sobre a existência do programa de atenção ao idoso da unidade de saúde, através da promoção de orientações gerais, em todos

os espaços públicos e domicílios, sobre a existência do programa de atenção ao idoso pela equipe de saúde por meio de folders, cartazes, mídia local bem como pelos profissionais de saúde na unidade durante os atendimentos

Qualificação da prática clínica

Os ACS foram capacitados para realização de buscas aos idosos faltosos as consultas, após verificação nas fichas espelho: Foi solicitado que os ACS disponibilizem de um turno semanal para a busca ativa dos idosos faltosos. Para aquelas que não compareceram aos atendimentos foram organizadas visitas com os profissionais da equipe de saúde.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

Monitoramento e Avaliação

A qualidade dos registros dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde foi monitorada. O médico e a enfermeira do PSF revisaram semanalmente a qualidade dos registros dos idosos através dos indicadores de qualidade verificados nos gráficos.

Organização e gestão do serviço

Foi criada uma agenda semanal especialmente nas reuniões de equipe para que fosse verificado a qualidade dos registros através do monitoramento da intervenção. Portanto, a equipe preencheu corretamente todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento dos idosos.

Engajamento Público

Houve promoção de orientações gerais, em todos os espaços públicos e domicílios, sobre os direitos do idoso em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via se necessário ministrado pela equipe de saúde por meio de folders, cartazes, mídia local bem como pelos profissionais de saúde na unidade durante os atendimentos.

Qualificação da prática clínica

A equipe também foi capacitada para realizar o preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento dos idosos. Para os encontros foram utilizados materiais audiovisuais, bem como cartilhas, folders e protocolo do Ministério da Saúde Cadernos de Atenção Básica n 19 Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2006.

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

Monitoramento e Avaliação

Os registros da caderneta de saúde da pessoa idosa não puderam ser monitorados devido a indisponibilidade desta caderneta na UBS.

Organização e gestão do serviço

Solicitado ao gestor municipal a disponibilização da caderneta de saúde da pessoa idosa, onde o médico realizou um pedido oficial através de coordenadora da unidade solicitando a caderneta de pessoa idosa em quantidade suficiente para o gestor a fim de garantir que não haja falta da caderneta durante a realização do projeto.

Engajamento Público

Promovido orientações gerais, em todos os espaços públicos e domicílios, além dos atendimentos individuais a fim de educar os idosos a utilizar a caderneta da saúde dos idosos nos atendimentos para facilitar o acesso aos registros de atendimentos e agravos de sua saúde.

Qualificação da prática clínica

A equipe também foi capacitada para realizar o preenchimento adequado da caderneta da pessoa idosa. Para os encontros foram utilizados materiais audiovisuais, bem como cartilhas, folders e protocolo do Ministério da Saúde Cadernos de Atenção Básica n 19 Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2006.

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

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

Monitoramento e Avaliação

Monitorado o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência, diariamente nas consultas dos idosos foi identificado pela equipe os idosos com maior risco de morbidade através da anamnese e do exame físico.

Organização e gestão do serviço

Priorizado atendimento a idosos de maior risco de mortalidade, para esta meta o médico da Unidade capacitou nas reuniões de equipe os profissionais para identificar idosos com maior risco de mortalidade. Para os encontros foram utilizados materiais audiovisuais, bem como cartilhas, folders e protocolo do Ministério da Saúde Cadernos de Atenção Básica n 19 Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2006.

Engajamento Público

Promovido orientações gerais, em todos os espaços públicos e domicílios, além dos atendimentos individuais a fim de esclarecer os idosos sobre seu nível de risco e importância de controles mais frequentes, ministrado pela equipe de saúde por meio de folders, cartazes, mídia local bem como pelos profissionais de saúde na unidade durante os atendimentos.

Qualificação da prática clínica

O médico capacitou a equipe para realizar identificação e registro de fatores de risco para mobilidade da pessoa idosa. Para os encontros foram utilizados materiais audiovisuais, bem como cartilhas, folders e protocolo do Ministério da Saúde Cadernos de Atenção Básica n 19 Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2006.

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

Monitoramento e Avaliação

Foi monitorado o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice, onde semanalmente a médica junto à equipe revisaram os registros identificando o número de idosos investigados para indicadores de fragilização de velhice.

Organização e gestão do serviço

Priorizado atendimento a idosos identificados com fragilização na velhice, para esta meta o médico da Unidade capacitou nas reuniões de equipe os profissionais para identificar idosos. Para os encontros foram utilizados materiais audiovisuais, bem como cartilhas, folders e protocolo do Ministério da Saúde Cadernos de Atenção Básica n 19 Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2006.

Engajamento Público

Promovido orientações gerais, em todos os espaços públicos e domicílios, além dos atendimentos individuais a fim de fornecer orientações gerais através dos grupos de educação em saúde, da equipe e através das visitas de ACS como acessar a atendimentos prioritários, ministrado pela equipe de saúde por meio de folders, cartazes, mídia local bem como pelos profissionais de saúde na unidade durante os atendimentos.

Qualificação da prática clínica

O médico capacitou a equipe para realizar identificação de idosos com fragilização na velhice. Para os encontros foram utilizados materiais audiovisuais, bem como cartilhas, folders e protocolo do Ministério da Saúde Cadernos de Atenção Básica n 19 Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2006.

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

Monitoramento e Avaliação

A realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na unidade foi monitorada semanalmente pelo médico, nas reuniões da equipe sendo realizada revisão dos prontuários médicos e dos relatos dos profissionais afim da avaliação da rede social em todos os idosos atendidos. Desta forma foi

monitorado todos os idosos com rede social deficiente, realizando visitas domiciliares mensais dos Agentes Comunitários de Saúde e dos profissionais da Unidade e acionado o serviço social do município a fim de acompanhar todos os idosos com rede social deficiente.

Organização e gestão do serviço

Foi realizado atendimento imediato aos idosos identificados com rede social deficiente, assim como organizado um organograma que oriente os profissionais para encaminhamentos e ajuda necessária a outros setores se necessário a fim de fornecer suporte e orientações a este idoso em risco.

Engajamento Público

Promovido orientações gerais, em todos os espaços e dos estabelecimentos de redes sociais de apoio, a fim de fornecer orientações à comunidade junto às redes sociais de apoio para socialização da pessoa idosa, ministrado pela equipe de saúde por meio de folders, cartazes, mídia local bem como pelos profissionais de saúde na unidade durante os atendimentos.

Qualificação da prática clínica

O médico capacitou a equipe para avaliar a rede social dos idosos, sendo também ser solicitado a Assistência do município um horário para discussão de casos e orientações a equipe. Para os encontros foram utilizados materiais audiovisuais, bem como cartilhas, folders e protocolo do Ministério da Saúde Cadernos de Atenção Básica n 19 Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2006.

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos.

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

Monitoramento e Avaliação

Semanalmente o médico revisou os prontuários médicos e planilhas de coleta de dados para verificar a orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos. O número de idosos com obesidade/desnutrição também foram avaliados. Os técnicos em enfermagem realizaram em todas as

consultas avaliações antropométricas de todos os idosos, realizando agendamentos nutricionais dos casos de sobrepeso e baixo peso.

Organização e gestão do serviço

O médico da Unidade realizou capacitação nas reuniões de equipe para os profissionais da equipe a fim de definir o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis. Para os encontros foram utilizados materiais audiovisuais, bem como cartilhas, folders e protocolo do Ministério da Saúde Cadernos de Atenção Básica n 19 Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2006

Engajamento Público

Promovido orientações gerais, em todos os espaços comunitários e no domicílio, a fim de fornecer orientações à comunidade sobre a importância nutricional, ministrado pela médica da Unidade por meio de folders, cartazes, mídia local bem como pelos profissionais de saúde na unidade durante os atendimentos.

Qualificação da prática clínica

O médico capacitou a equipe para realizar a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os dez passos para alimentação brasileira. Para os encontros foram utilizados materiais audiovisuais, bem como cartilhas, folders e protocolo do Ministério da Saúde Cadernos de Atenção Básica n 19 Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2006.

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

Monitoramento e Avaliação

Nas atividades em grupos mensais e nos atendimentos na Unidade a médico e demais profissionais da equipe forneceram a orientação de atividade física a todos os idosos. Foi monitorado o número de idosos que realizam atividade física regular. O médico da Unidade junto à equipe de saúde fizeram verificação dos registros e prontuários para verificar número de idosos com atividade física regular.

As atividades educativas individuais foram monitoradas, semanalmente a médica revisará os prontuários e registros a fim de verificar que todos os idosos participaram das atividades educativas individuais.

Organização e gestão do serviço

O médico da Unidade realizou capacitação nas reuniões de equipe para os profissionais da equipe a fim de definir o papel dos membros da equipe para orientação de atividade física regular para os idosos. Para os encontros foram utilizados materiais audiovisuais, bem como cartilhas, folders e protocolo do Ministério da Saúde Cadernos de Atenção Básica n 19 Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2006.

Engajamento Público

Promovido orientações gerais, em todos os espaços comunitários e no domicílio, a fim de orientar à comunidade da importância de realização de atividade física regular pela equipe, por meio de folders, cartazes, mídia local bem como pelos profissionais de saúde na unidade durante os atendimentos

Qualificação da prática clínica

A equipe também foi capacitada para orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular. Para os encontros foram utilizados materiais audiovisuais, bem como cartilhas, folders e protocolo do Ministério da Saúde Cadernos de Atenção Básica n 19 Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2006.

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

Monitoramento e Avaliação

O odontólogo da Unidade e ou auxiliar de saúde bucal forneceram orientação sobre higiene bucal e higiene de próteses dentárias a todos os idosos cadastrados no programa de atenção a saúde do idoso na Unidade de Saúde. Foi monitorado o número de idosos que receberam esta orientação. O médico da Unidade junto à equipe de saúde fizeram verificação dos registros e prontuários para verificar número de idosos com orientações sobre higiene bucal.

Organização e gestão do serviço

O médico e o odontólogo da Unidade realizaram orientação nas reuniões de equipe para os profissionais a fim de definir o papel dos membros da equipe para orientação de saúde bucal regular para os idosos. Para os encontros foram utilizados materiais audiovisuais, bem como cartilhas, folders e protocolo do Ministério da Saúde Cadernos de Atenção Básica n 19 Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2006.

Engajamento Público

Promovido pela equipe orientações em todos os espaços sociais e na comunidade sobre a importância da saúde e tratamento bucal, por meio de folders, cartazes, mídia local bem como pelos profissionais de saúde na unidade durante os atendimentos.

Qualificação da prática clínica

A equipe também foi capacitada para realizar orientações de higiene bucal e de próteses dentárias. Para os encontros foram utilizados materiais audiovisuais, bem como cartilhas, folders e protocolo do Ministério da Saúde Cadernos de Atenção Básica n 19 Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2006.

2.3.2 Indicadores

Meta 1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 100 %.

Indicador 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.

Meta 2: 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: Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

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

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

Meta 3: 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 3: Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia.

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

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

Meta 4: Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Indicador 4: Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

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

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

Meta 5: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.

Indicador 5: Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Numerador: Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular.

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

Meta 6: Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Indicador 6: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

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

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

Meta 7: Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Indicador 7: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.

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

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

Meta 8: Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Indicador 8: Proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta.

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

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

Meta 9: Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM).

Indicador 9: 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 10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Indicador 10: 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 11: Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Indicador 11: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

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

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

Meta 12: Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Indicador 12: 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.

Meta 13: Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Indicador 13: Proporção de idosos com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia.

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

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

Meta 14: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

Indicador 14: Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

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

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

Meta 15: Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Indicador 15: Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.

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

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

Meta 17: Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Indicador 17: Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia.

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

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

Meta 18: Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

Indicador 18: Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia.

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.

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

Meta 19: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Indicador 19: Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

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

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

Meta 20: Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Indicador 20: Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

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

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

Meta 21: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

Indicador 21: 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 foi adotado o manual Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento Série B. Textos Básicos de Saúde Série Pactos pela Saúde e Cadernos de Atenção Básica - n.º 19 Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, os dois de 2006 do Ministério da Saúde. Utilizado a Caderneta dos Idosos disponíveis no município. Para coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, o médico e o enfermeiro preencheram o prontuário individual disponível na Unidade como neste não havia o detalhamento das ações, indicadores necessários ao monitoramento da intervenção foi utilizada uma ficha espelho do programa de saúde do idoso disponibilizada pelo curso. A coleta de informações será realizada nos atendimentos na Unidade relativa a informações referentes aos dados pessoais, avaliação multidimensional rápida da pessoa idosa, consulta clínica para portadores de diabetes e ou hipertensão assim como aferição de pressão, cálculo de IMC, estratificação de risco, exame dos pés e orientações nutricionais, atividade física, agendamento para a próxima consulta, medicações de uso contínuo e exames de rotina. Estimamos alcançar com a intervenção o percentual de 261 idosos da área de abrangência da Unidade. Para o acompanhamento mensal da intervenção foi utilizado o registro eletrônico de coleta de dados elaborado pelos profissionais da Unidade de Saúde.

A técnica de enfermagem realizará o acolhimento, foram reservadas quatro fichas diariamente para os idosos que procurem a unidade. As agentes de saúde serão as responsáveis de informar á comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde. As ACS organizarão as visitas domiciliares a pacientes

acamados ou com dificuldades de locomover-se identificados nas visitas domiciliares feitas diariamente. Foi necessário transporte para a realização das visitas a zonas mais longes que foi coordenada pela enfermeira na secretaria de saúde.

Para organizar o registro específico do programa, a auxiliar administrativa revisou nos prontuários os pacientes maiores de 60 anos com consultas atrasadas ou que não tivessem a avaliação multidimensional rápida, as agentes comunitárias de saúde fizeram a busca ativa e agendamento destes idosos para atendimento, a auxiliar administrativa fez o registro no prontuário eletrônico com os dados dos pacientes em ordem e na medida em que foram avaliados os outros seus dados também foram preenchidos no registro.

Os pacientes foram informados na consulta pela médica clínica geral da UBS, sobre os resultados das avaliações e como melhorar as deficiências achadas sempre que seja possível e fornecer as orientações precisas, também por meio das agentes de saúde durante a visita domiciliar foi realizado promoção das ações sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis, realização de atividade física regular, além de a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM. Publicaremos anúncios para a saúde do idoso na UBS e locais frequentados pelos nossos pacientes para orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar, sobre importância de avaliar a saúde bucal de idosos e a importância de realização das consultas. Além da utilização dos grupos para reforçar as orientações e todas nossas ações.

Tirando partido das reuniões de equipe semanalmente, a médica realizou capacitação dos demais profissionais da equipe para o preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos, a enfermeira teve a responsabilidade de preparar o pessoal para realização do hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmhg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar e sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. Foi solicitado material como esfignomanômetro e glicosímetro, balança, fita métrica necessário as estas ações para o gestor. A Capacitação da equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em idosos foi realizada pela odontóloga.

	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Busca ativa dos idosos faltosos às consultas	X				X												
		X	X	X		X	X	X	X	X	X	X					

3 Relatório da Intervenção

Neste item será descrito todo o processo da intervenção, sendo descritas as ações que foram desenvolvidas pela equipe e que contemplaram os quatro eixos temáticos propostos pelo curso, sendo eles: a qualificação da prática clínica, o engajamento público, a organização e gestão do serviço e o monitoramento e avaliação. Também será descrito os aspectos que facilitaram o desenvolvimento das ações e os aspectos dificultadores. É válido ressaltar que a intervenção visava atender a integralidade do cuidado aos idosos pertencentes a área de abrangência da UBS Ouro Preto. Todo este processo contou com o apoio do gestor, de todos da equipe, dos idosos, seus familiares e da comunidade.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Chegando ao término da intervenção com muito entusiasmo pelos resultados alcançados, conclui-se que todos os indicadores e metas pactuada, bem como as ações previstas foram desenvolvidas, mesmo que algumas, não foram realizadas como planejado, mas considerando as possibilidades e condições de trabalho, para a equipe todas as ações foram desenvolvidas.

Foram 16 semanas trabalhando para garantir o cumprimento das metas pactuadas com a qualidade requerida, nos esforçamos para atender as expectativas da intervenção e alcançar os objetivos propostos. Foram cadastrados e acompanhados 225 idosos, atingindo um percentual de 86% da população maior de 60 anos na área de cobertura da UBS. O atendimento médico marchou sobre rodas, foram realizadas as avaliações multidisciplinares, pesquisa para diabetes e hipertensão, atenção odontológica, preenchimento dos registros, entre outras, para

100% dos idosos cadastrados neste período no projeto. Com relação aos agendamentos de consultas houve poucos que faltaram à consulta, apenas três idosos que foram recuperado, e realizado visitas domiciliares para aqueles que não poderiam assistir as consultas na UBS por apresentar alguma incapacidade, as visitas serviram além, para manter a educação sobre a prática de exercício físico e alimentação adequada também para detectar possíveis riscos de acidentes. Foi realizado grupos de idosos que foram acessível a toda população já que foram feitos nas diferentes áreas da Unidade para que todos pudessem participar, e sempre foram tratados temas em sua maioria propostos pelos pacientes segundo seu interesse. Houve a capacitação das agentes de saúde nas reuniões da Unidade e demais profissionais da equipe, onde foi exposto o trabalho realizado cada dia, dificuldades e as possíveis soluções, assim como o planejamento das ações futuras e tratamento a diferentes temas como realização de HGT, avaliação de risco nos idosos, etc.,

Apesar dos resultados as dificuldades são sempre ao longo do caminho, e durante este período, tivemos algumas, especialmente no que diz respeito à participação do representante da comunidade, a sua participação ocorreu ao longo da intervenção e não no início como havia sido programado, o atendimento médico foi um pouco afetado, pelas férias de um mês da médica clínica da UBS que também teve um efeito negativo pois houve atrasos as consultas médicas porque de aproximadamente 12 a 16 consultas que eram feitas por semana, o número reduziu na minha ausência para três consultas semanais, provocado por uma organização dos serviços inadequada. Mas como a equipe estava bem capacitada e motivada pela coordenadora do projeto, foi possível dar continuidade a intervenção mesmo que na sua ausência.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Apesar dos resultados positivos, as dificuldades são sempre ao longo do caminho, e durante este período, tivemos algumas, especialmente no que diz respeito à participação do representante da comunidade, que não foi muito efetiva, no entanto, melhoramos sua participação mesmo que não fosse ao período previsto, mas em outros momentos da intervenção. O atendimento de saúde bucal também

foi um pouco afetado pelas férias do odontólogo, sendo que na sua ausência a auxiliar de odontologia foi realizando as avaliações para que não ficasse atrasado para quando a médica da Unidade retornasse do seu período de férias, que também teve um efeito negativo tendo em conta que atrasou as consultas médicas, pois o número de avaliações foram reduzidas de aproximadamente 12 a 16 consultas que eram feitas por semana, para três consultas semanais que a médica substituta conseguia fazer, provocado por uma organização dos serviços inadequada, que não estava preparada para me substituir nesse período, e assim não afetar a qualidade do serviço ofertado nesse momento.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Houve dificuldades de preenchimento de planilhas na fase inicial em razão da quantidade de informações coletadas, a médica solicitou a ajuda das ACS que apresentam maior conhecimento da população e ajudaram no reconhecimento dos idosos, no grupo com a comunidade. Os demais profissionais também colaboraram na coleta de dados e avaliação das fichas espelhos, avaliação antropométrica, aferição de pressão arterial.

A maior dificuldade foi realmente a digitação dos dados, que foi uma das partes mais trabalhosa das etapas, assim como com relação à coleta e sistematização dos dados, fechamentos das planilhas e cálculos dos indicadores que também foram trabalhosos.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Conseguimos avançar muito graças ao trabalho em equipe, onde algumas dificuldades como as férias da médica coordenadora do projeto não inviabilizou a continuidade da intervenção. Mas como uma equipe, conseguimos que isso não

diminuísse nosso trabalho. Apesar de tudo isso, a coisa foi muito bem, alcançamos os objetivos previstos com relação à melhoria da atenção a saúde do idoso, alcançamos nossas expectativas que foi cumprir com as metas propostas mesmo que não em sua totalidade, planejamos seguir a intervenção a fim de dar continuidade ao cadastramento e acompanhamento aos idosos da área de abrangência da UBS com vistas a atingir o percentual pactuado. O projeto nos permitiu conhecer melhorar o estado de saúde dos nossos pacientes, fazer avaliação de risco, etc., que utilizaremos para diminuir a incidência de algumas doenças e suas sequelas, evitar acidentes, modificar estilos de vida, tudo isto sempre dirigido a melhorar qualidade de vida de nossos pacientes. Portanto ficou pactuado a continuidade do projeto de intervenção na atenção a saúde do idoso. Além de que, acreditamos que a continuidade deste trabalho que foi desenvolvido para qualificar a atenção prestada ao idoso terá uma importância relevante para esta comunidade em razão do aumento significativo de idosos devido ao aumento da expectativa de vida.

4 Avaliação da intervenção

Este capítulo trata dos resultados obtidos no projeto de intervenção no período de 02 de fevereiro de 2015 a 04 de junho de 2015, também descreve a discussão realizada acerca dos benefícios que este trabalho trouxe para a equipe, unidade e comunidade, além do relatório escrito para o gestor e para a comunidade, e que contém tudo o que aconteceu de estruturação na UBS, resultados obtidos, dificuldades e facilidades enfrentadas.

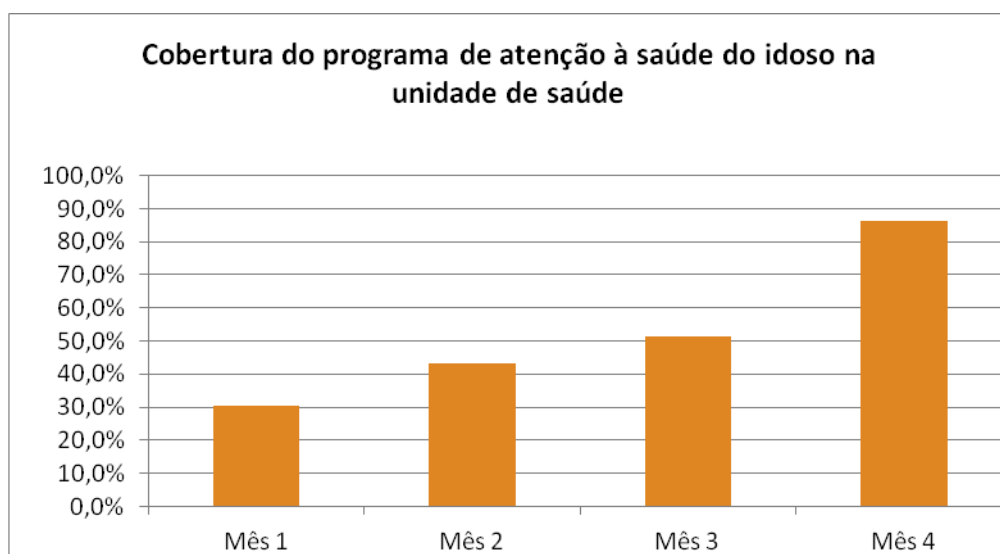
4.1 Resultados

Neste item serão abordados os resultados obtidos ao longo destes três meses de intervenção para cada meta. Primeiramente de forma quantitativa inicialmente sendo descritas as metas e os indicadores e sua evolução no decorrer dos três meses e por fim será realizada uma análise conclusiva de forma qualitativa. É válido ressaltar que durante a intervenção foram trabalhados 6 objetivos com o intuito de qualificar o cuidado ao idoso. Durante a intervenção a UBS possuía um total de 251 idosos adstritos. A partir de agora serão descritos os resultados obtidos para cada objetivo e meta.

O Objetivo 1 de Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso teve as seguintes metas:

A Meta 1.1 foi realizar atendimento em dia a 100% dos idosos na área da UBS. Com a intervenção obteve-se a seguinte evolução ao longo dos três meses de intervenção. No 1º mês de um total de 261 idosos, 79 foram cadastrados e acompanhados no programa, representando um percentual de 30.3%; no 2º e 3º mês, foram cadastradas 113 e 134 idosos, representando uma cobertura de 43,3% e

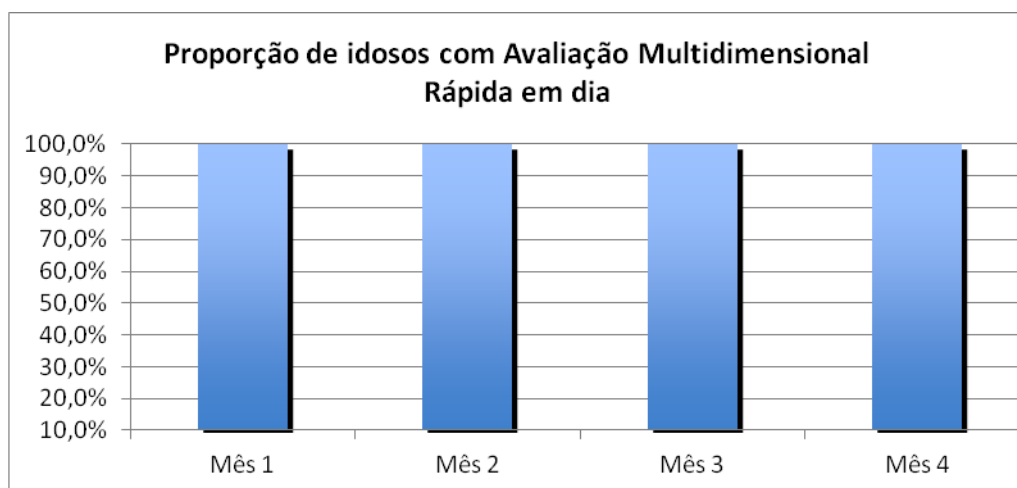
51,3% e no 4º mês dos 225 num total de 86,2% respectivamente no programa da unidade. É válido destacar que a meta não foi atingida conforme pactuado, isto pelo fato de vários fatores como a diminuição do número das consultas no período de férias teve efeito negativo já que provocou atraso e dificultou que nossa cobertura fosse ampliada. No entanto, o indicador foi avaliado positivamente, pois permitiu um grande avanço no acompanhamento, além de que se pretende ampliar esta cobertura gradativamente ao longo dos próximos meses.



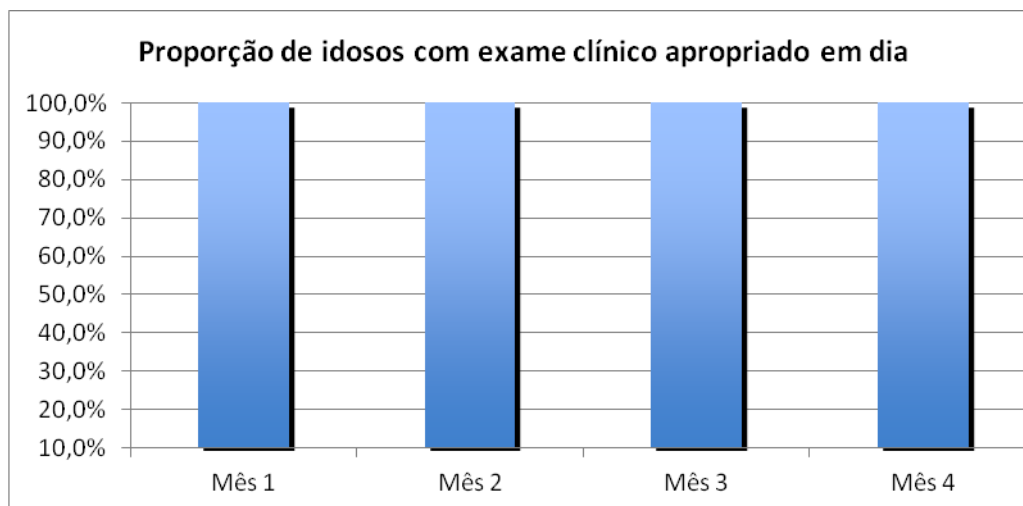
Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde.

A meta 2.1 foi realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde tendo como indicador o número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia entre o total de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde. Avaliação multidisciplinar rápida representa uma avaliação rápida que pode ser utilizado para identificar problemas de saúde condicionantes de declínio funcional em pessoas idosas. Indica, quando necessário, a utilização de outros instrumentos mais complexos (1). No início da intervenção apenas 79 idosos tinham avaliação multidimensional rápida em dia o que representa um 30,3%. Ao longo da intervenção a mesma foi realizada em todos os idosos que foram atendidos para um total de 225 idosos durante as 16 semanas de intervenção alcançando assim com a intervenção 100% dos idosos cadastrados. É válido destacar que a meta foi atingida em razão da garantia de

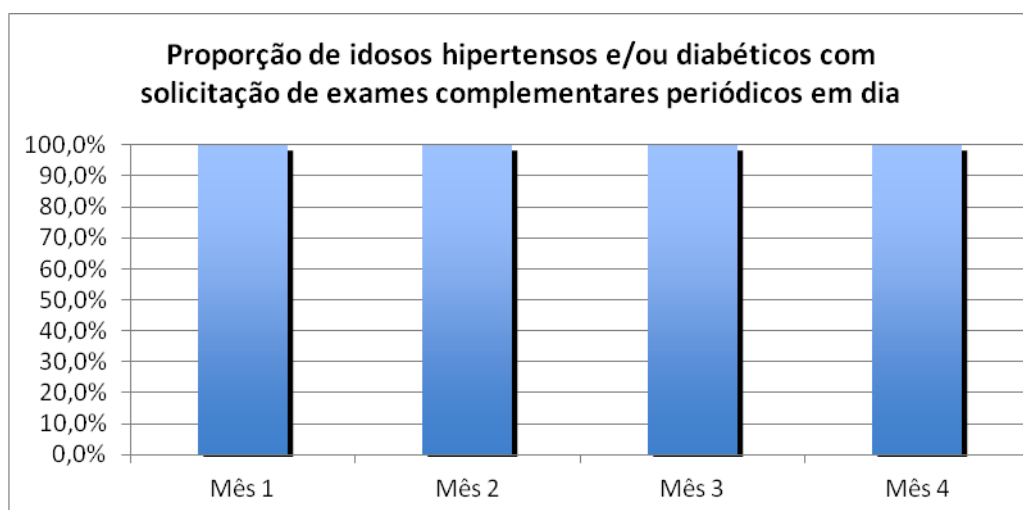
alguns recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropômetro, Tabela de Snellen). A definição das atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos e a capacitação aos profissionais para o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pela UBS, estas condições possibilitaram que 100 % dos idosos avaliados tivessem sua avaliação multidisciplinar em dia.



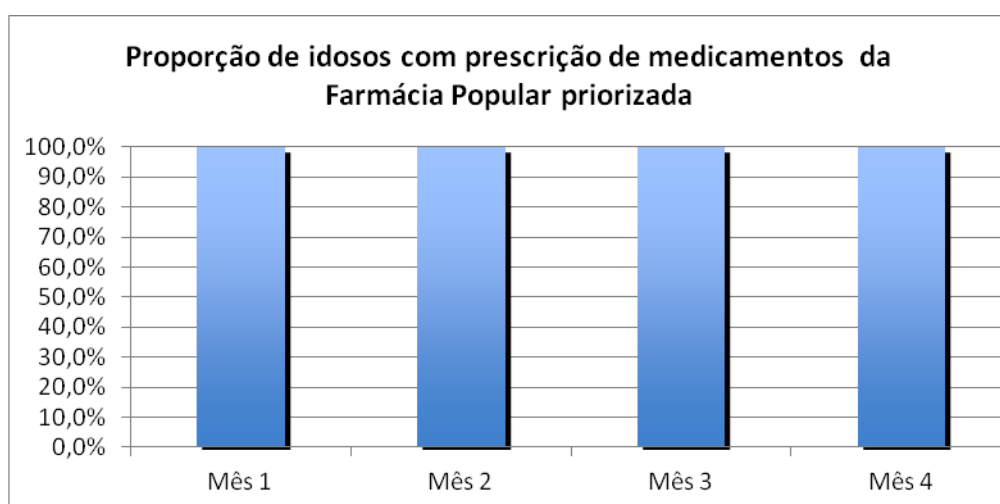
A meta 2,2 foi de realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos. Foi avaliado o número de idosos com exame clínico apropriado em dia com relação ao número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde. O exame clínico do idoso não se restringe somente a realização de um exame voltado para um grupo de patologias específicas; deve-se realizar uma avaliação completa da função orgânica e ainda avaliação do estado mental do paciente. Na intervenção fomos realizando avaliação multidisciplinar onde incluímos o exame clínico, durante os quatro meses todos os pacientes avaliados (100%) tiveram o exame clínico em dia. A capacitação da equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas e a orientação aos pacientes 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 permitiram que os 100% dos pacientes avaliados tiveram um exame clínico apropriado em dia.



A meta 2.3 foi de realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos. Foi avaliado o número de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia com relação ao número de idosos cadastrados no programas pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde. Exames periódicos ajudam a monitorar a saúde e afastam o risco de doenças graves e complicações associadas a elas. Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada e Garantir a solicitação dos exames complementares permitiu que durante os quatro meses 100% dos idosos avaliados com diagnóstico de hipertensão e diabetes tiveram a solicitação dos exames periódicos em dia, mas tivemos algumas dificuldades com relação a agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

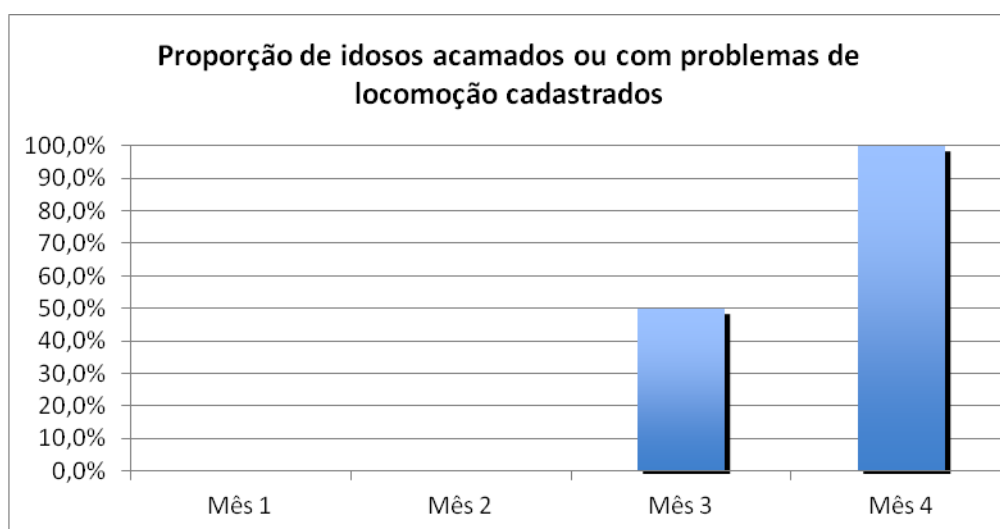


A Meta 2.4 foi priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos. Foi avaliado o número de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular com relação ao número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde. A Farmácia Popular tem como objetivo ampliar o acesso da população a medicamentos considerados essenciais, garantindo a universalidade do acesso. Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes e a capacitação da equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular, além de manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde foi indispensável pra lograr que 100% dos pacientes avaliados que sofrem dessas patologias tiveram prescrição de medicamentos da farmácia popular.



A Meta 2,5 cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. Neste indicador foi avaliado o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa com relação ao número de idosos acamados ou com problema de locomoção pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde. A pessoa que tem uma incapacidade física ou mentalmente tem uma função básica limitada ou anulada por completo (2). As doenças cérebro vasculares, os acidentes, além da diminuição de algumas funções durante a terceira idade podem influir na aparição de sequelas que condicionam aos idosos ao acamamento, além das dificuldades para locomoção. Este indicador teve

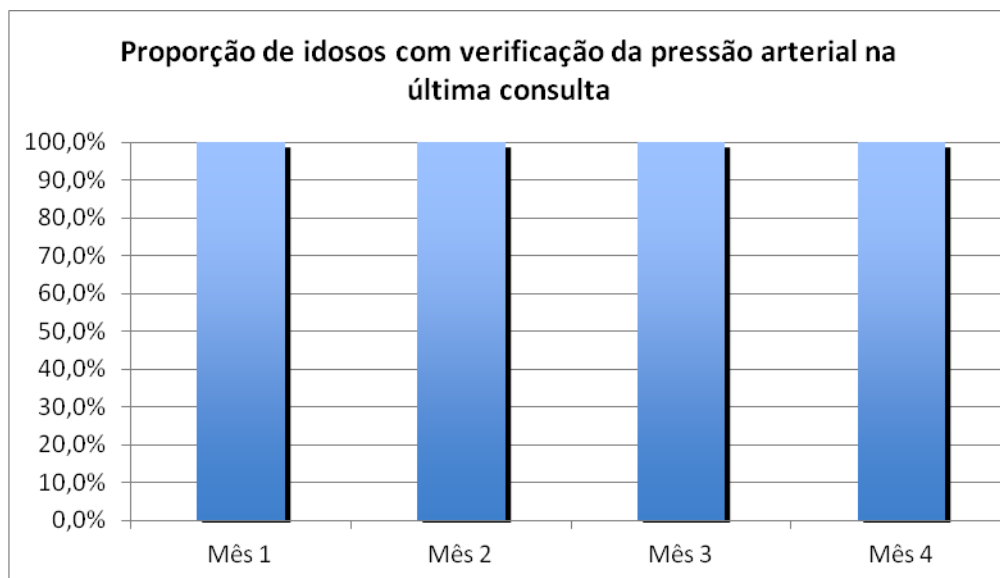
uma evolução ao longos dos quatro meses. No 1º e no 2º mês de um total de 6 idosos cadastrados nenhum foi acompanhado no programa, 3º mês, foram cadastrados 3 idosos, representando uma cobertura de 50% e no 4º mês foram cadastrados mais 6 idosos acamados totalizando 9 idosos cadastrados pela equipe, atingindo 100% de metas respectivamente no programa da unidade. Ressalta-se que o indicador foi cumprido pois a equipe neste 4º mês capacitou os ACS a fim de identificar e cadastrar os idosos acamados ou com problemas de locomoção residentes na área de cobertura da Unidade, desta forma foi possível atingir a meta de 100%.



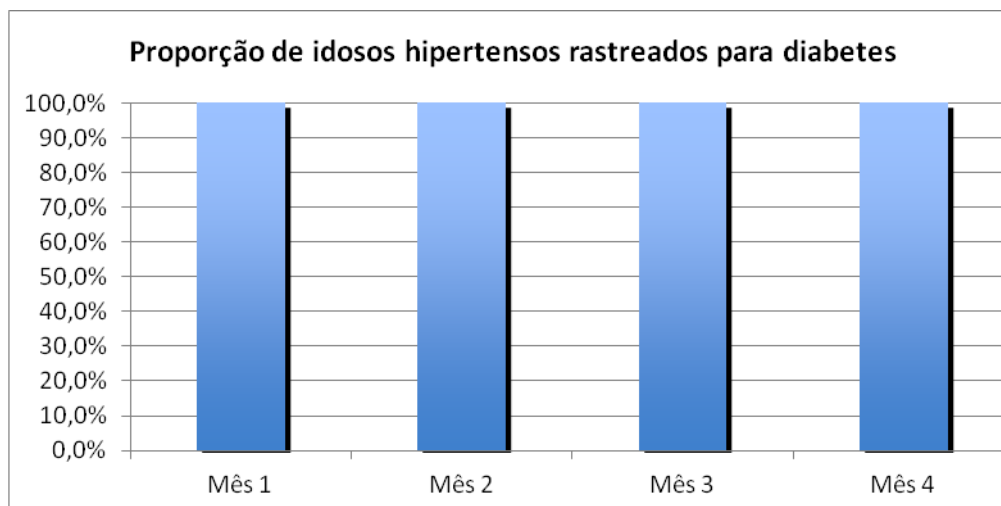
A meta 2.6 foi realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção e como indicador tivemos o número de idosos acamados ou com problema de locomoção que receberam visita domiciliar entre o total de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde. O resultado foi do 100% ao longo da intervenção. Ressalta-se que o indicador foi cumprido pois a equipe neste 3º e 4º mês fez atendimento prioritário para os pacientes acamados e com problemas de locomoção e identificados pelos ACS. Além da organização da agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção, orientação a comunidade sobre a disponibilidade de visita domiciliar foi possível que 100% dos pacientes fossem avaliados.



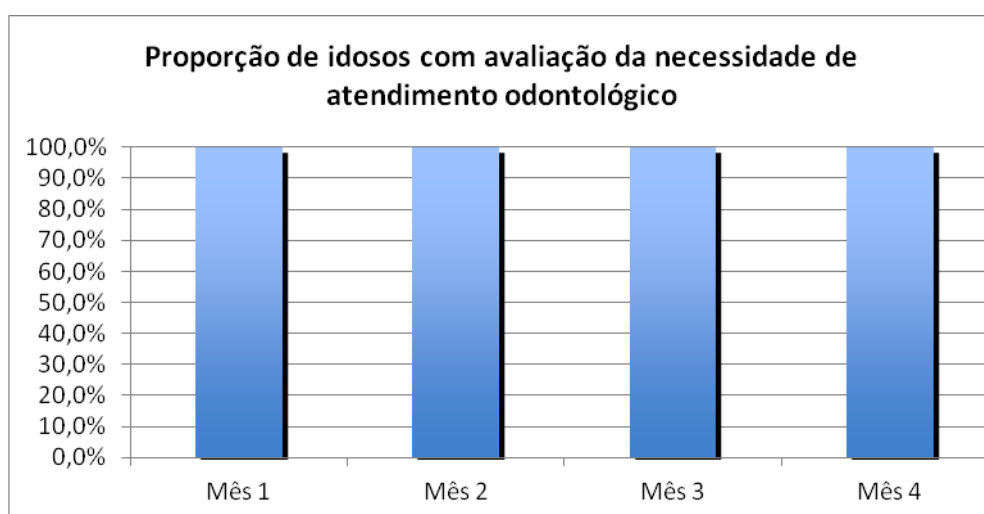
A meta 2.7 foi rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e como indicador tivemos o número de idosos com medida da pressão arterial na última consulta entre o total de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde. O resultado foi de 100% durante as 16 semanas da intervenção, todos os 225 idosos acompanhados tiveram pressão arterial aferida. Este indicador foi avaliado como positivo porque foi garantido pelo gestor material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde, orientado a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade, orientado a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS, fizemos verificação da pressão arterial nos 100% acompanhados.



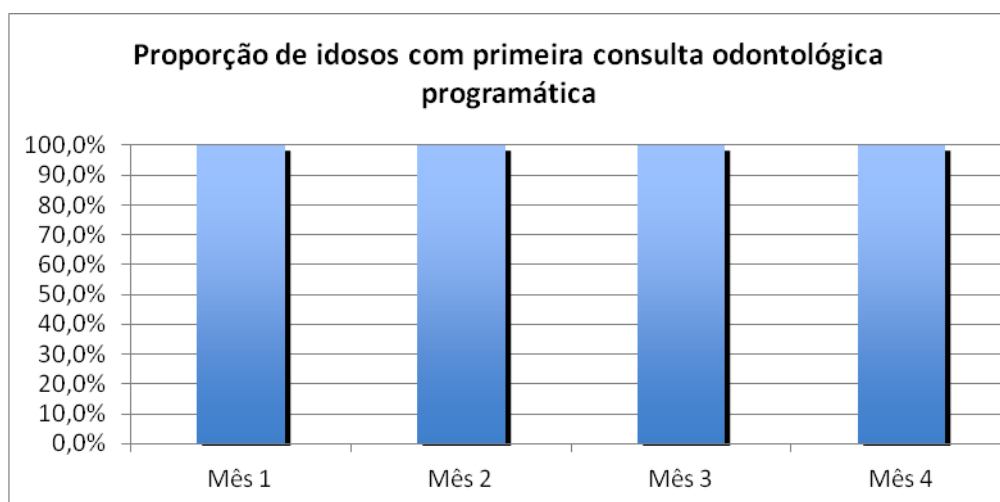
A meta 2.8 foi rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial e ou Diabetes Mellitus (DM) tendo como indicador a quantidade de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus entre o total de idosos com pressão sustentada maior que 135/80mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica. No primeiro mês foram atendidos 36 idosos com diagnóstico de Hipertensão arterial sistêmica e 100% foi realizado rastreamento para Diabetes Mellitus. No segundo mês foram atendidos 54 idosos hipertensos realizando-se o rastreamento a 100% deles. No terceiro mês 69 e no quarto mês os atendimentos aumentaram para 127 idosos atendidos durante as 16 semanas da intervenção e todos eles foram realizados rastreamento para Diabetes Mellitus. Durante a intervenção os 100% dos pacientes hipertensos avaliados foram rastreados para diabetes mellitus, até agora não tivemos nenhum caso novo de diabetes neste grupo. Isto foi possível porque foi garantido o material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde e sistema de alerta na ficha de acompanhamento para indicador do idoso que provavelmente terá que realizar o hemoglicoteste e orientar à comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM.



A meta 2.9 foi realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos e como indicador tivemos o número de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico entre o total de idosos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde. Aos 100% dos idosos atendidos foi avaliada a necessidade de atendimento odontológico por parte do médico clínico geral, enfermeira, técnicas de enfermagem e agentes de saúde. A saúde bucal também foi parte do nosso trabalho durante estes quatro meses, oferecerem atendimento prioritário aos idosos na unidade de saúde e organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos, para tanto foi possível que 100% de todos os nossos idosos fossem avaliados para necessidade de avaliação odontológica.



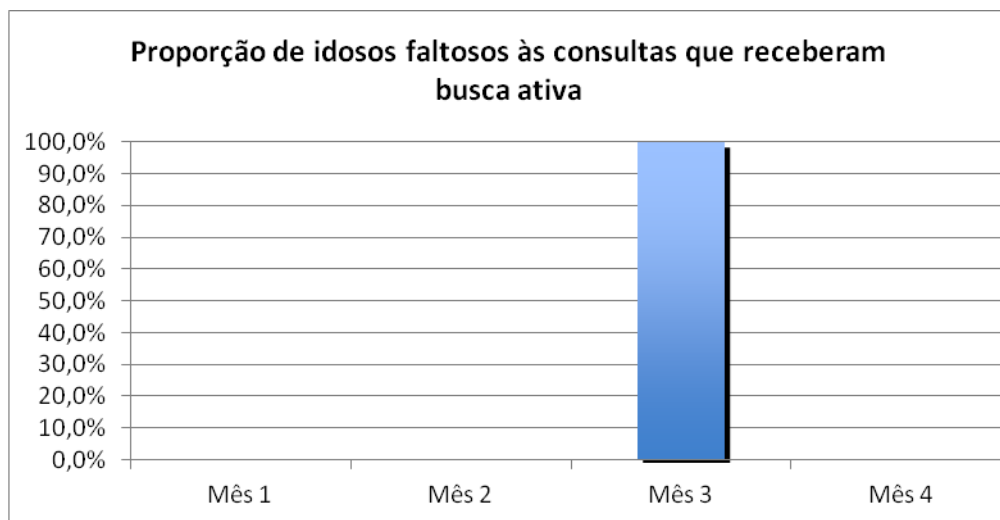
A meta 2.10 foi realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos tendo como indicador o número de idosos da área de abrangência na UBS com primeira consulta odontológica programática entre o total de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde. A intervenção teve a seguinte evolução no 1º mês de um total de 79 idosos cadastrados, todos atendidos pelo odontólogo, representando um percentual de 100%; no 2º, 3º e no 4º mês foram cadastrados 113, 134 e 225 idosos, representando uma cobertura de 100% de idosos cadastrados no programa unidade. Depois de organizada a nossa agenda foi preciso a capacitação da equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico que garantiu que o 100% dos idosos tivesse primeira consulta programática.



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

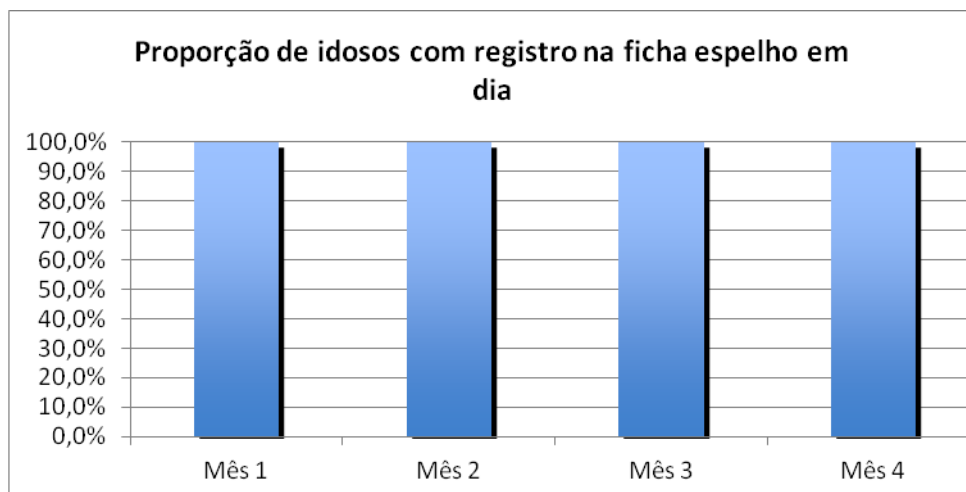
A meta 3.1 foi buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas tendo como indicador o número de idosos faltosos às consultas programadas e buscados pela unidade de saúde entre o total de idosos faltosos às consultas programadas. Durante a intervenção apenas 3 idosos faltaram as consultas no 3º mês, sendo realizada busca ativa aos 100%. Houve poucas faltas porque foi informada a comunidade sobre a importância de realização das consultas. Definido com a equipe a periodicidade das consultas. Monitorado o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos

adotado pela unidade de saúde. Organizado visitas domiciliares para buscar os faltosos garantiu que durante nosso trabalho houvesse poucas faltas.



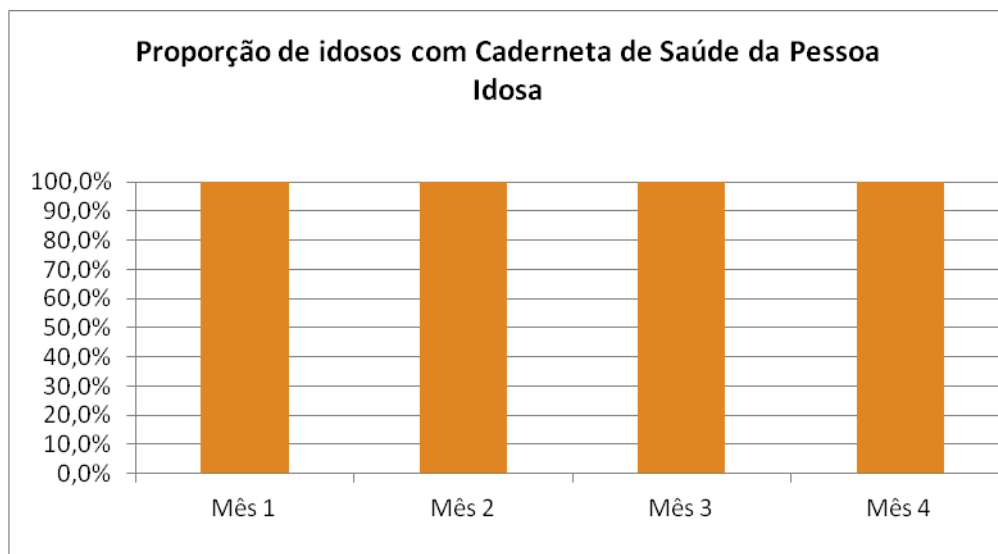
Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

A meta 4.1 foi manter registro específico de 100% das pessoas idosas e como Indicadores têm o número de fichas de acompanhamento/espelho com registro atualizado entre o total de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde. Dos 225 idosos atendidos durante a intervenção, todos tem registro adequado das informações o que representa 100%. A maior dificuldade estava na qualidade do registro das informações que não era adequada o qual foi melhorado nos idosos atendidos neste período. A ficha espelho foi de grande importância para o monitoramento dos idosos, principalmente para evitar as faltas nas consultas, durante estes quatro meses preenchemos a ficha espelho para 100% dos nossos pacientes, que foram mantidas em dia durante toda a intervenção.



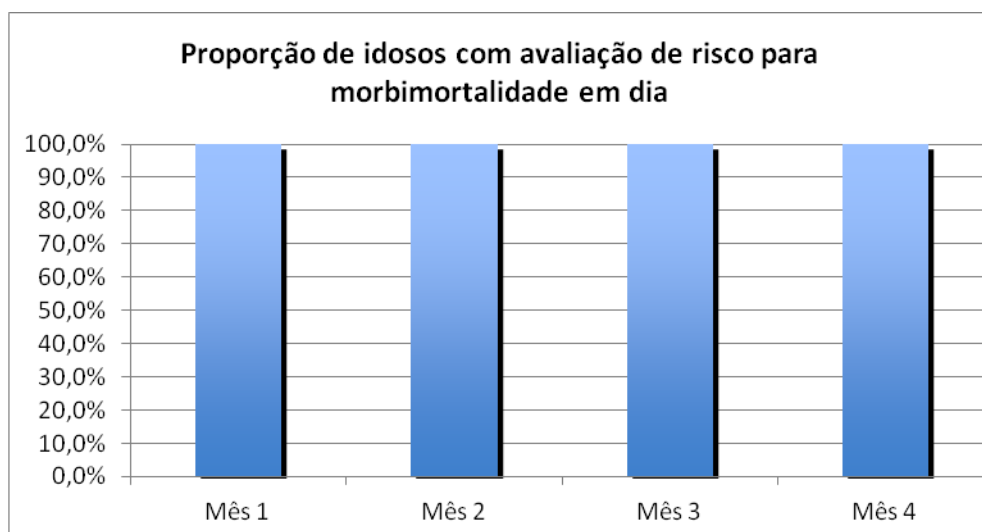
A meta 4.2 foi distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados tendo como indicador o número de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa entre o total de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde. A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa integra um conjunto de iniciativas que tem por objetivo qualificar a atenção ofertada às pessoas idosas no Sistema Único de Saúde. É um instrumento proposto para auxiliar no bom manejo da saúde da pessoa idosa, sendo usada tanto pelas equipes de saúde quanto pelos idosos, por seus familiares e cuidadores.

(3). Quando começamos a intervenção um número muito pequeno de pacientes tinham a caderneta e não sabiam qual era sua importância, por isso foi capacitado a equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa, auxiliou para que os 100% dos nossos pacientes tiveram a caderneta preenchida corretamente, também orientamos aos idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção.

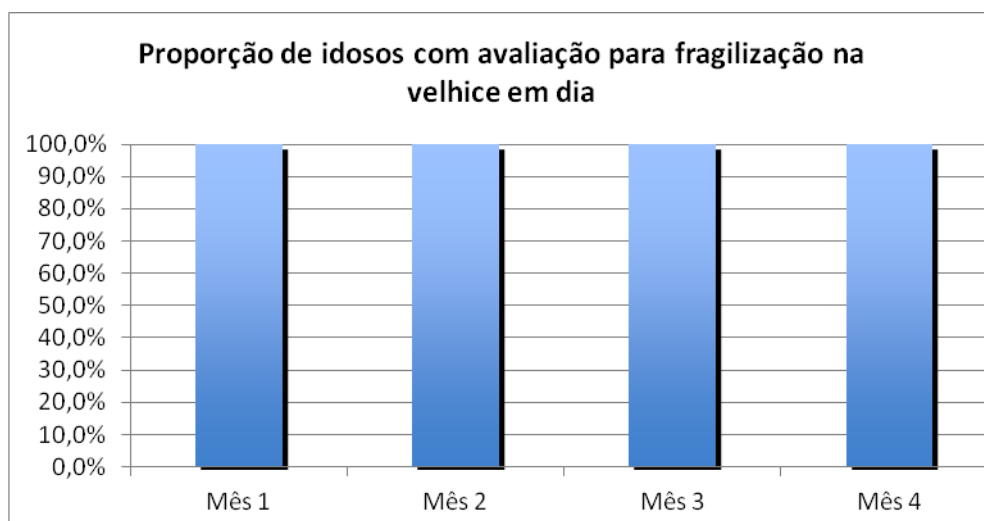


Objetivo 5. Mapear os idosos de risco da área de abrangência.

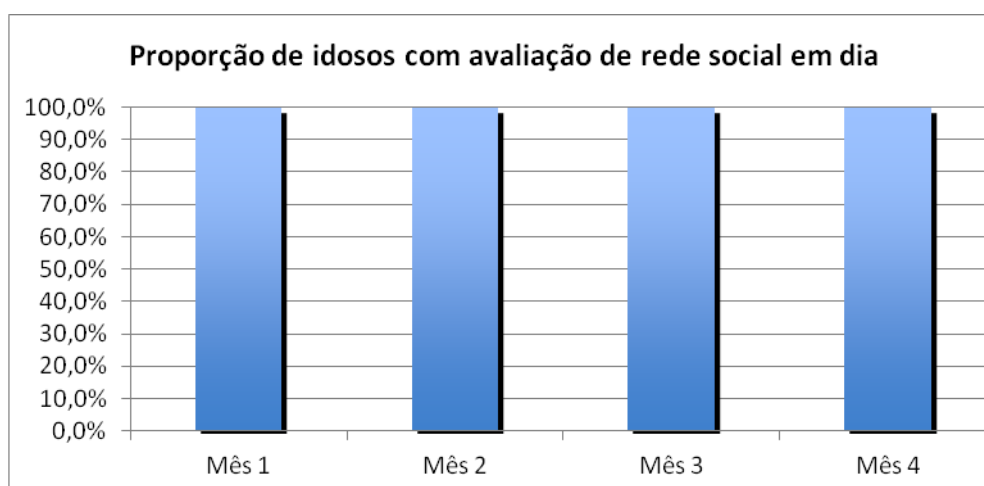
A meta 5.1 foi rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade tendo como indicador o número de idosos rastreados quanto ao risco de morbimortalidade entre o total de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde. O resultado foi de 100% de rastreamento para morbimortalidade dos idosos atendidos ao longo da intervenção. Ao longo da nossa vida estamos sofrendo da influência de muitos fatores de risco, a idade avançada já constitui um fator de risco para muitas doenças, quer dizer que os idosos mesmo não tendo doenças associadas já tem um risco para sua saúde, a avaliação de risco para morbimortalidade ajuda a detectar esses fatores e prevenir possíveis complicações. Nos pacientes avaliados no período foi feita esta avaliação nos 100% dos pacientes: no 1 mês 79, no 2 mês 113, no 3 mês 134 e no 4 mês 225 idosos, também foi realizada a capacitação dos profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa e a orientação os idosos sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco.



A meta 5.2 foi investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas e como indicador tivemos o número de idosos investigados quanto à presença de indicadores de fragilização na velhice entre o total de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde. O resultado foi de 100% de investigação de fragilização da velhice durante os quatro meses da intervenção. O processo de envelhecer é tão importante quanto o processo de crescimento. Traz uma série de consequências tanto fisiológicas como psicológicas que tornam o indivíduo idoso tão frágil como um recém-nascido. A pessoa idosa não é orgânica e funcionalmente o mesmo indivíduo que era na mocidade ou nos primeiros tempos da vida adulta. O envelhecimento afeta estruturas e funções orgânicas, tais como a imunidade, capacidade fisiológica, poder de reparação, etc.(4). Desta forma, foi capacitado os profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice sendo importante para que todos os pacientes ,ou seja, os 100%, 225 idosos acompanhados tivessem avaliação para fragilização na velhice.

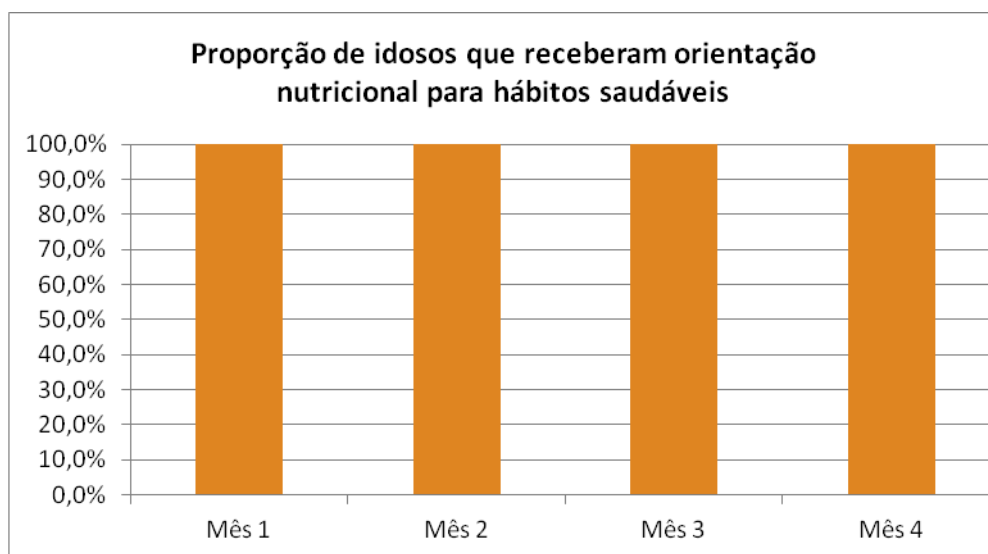


A meta 5.3 foi avaliar a rede social de 100% dos idosos tendo como indicador o número de idosos com avaliação de rede social entre o total de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde. O resultado foi de 100% de avaliação da rede social nos quatro meses da intervenção onde o indicador foi avaliado positivamente para 225 avaliações. A depressão é muito frequente na terceira idade, por isso a participação e apoio social seria de muita importância. Neste período foram avaliados a rede social em dia de todos os pacientes 100%, portanto a equipe teve como objetivos 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 foi uma de nossas ações mais importantes.

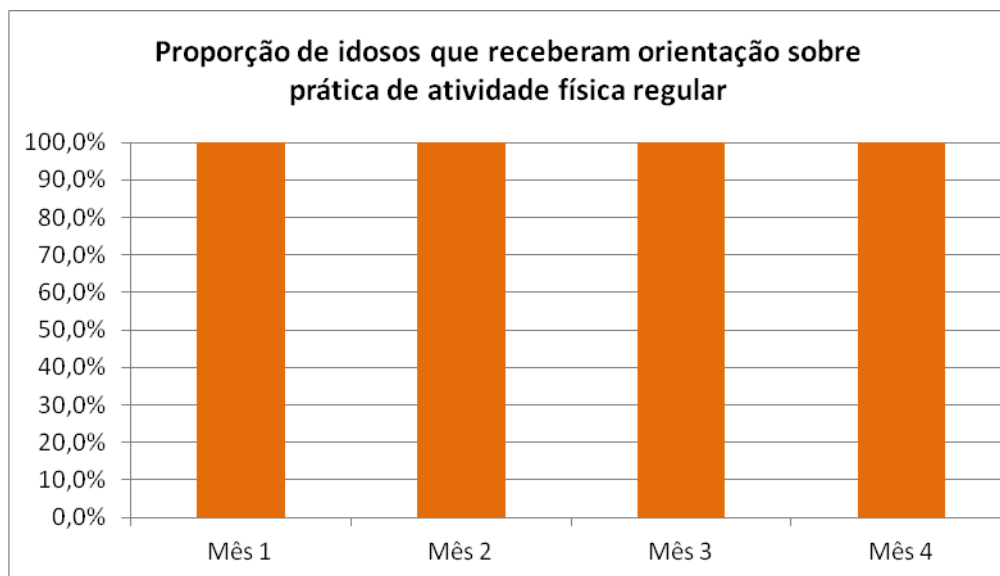


Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos.

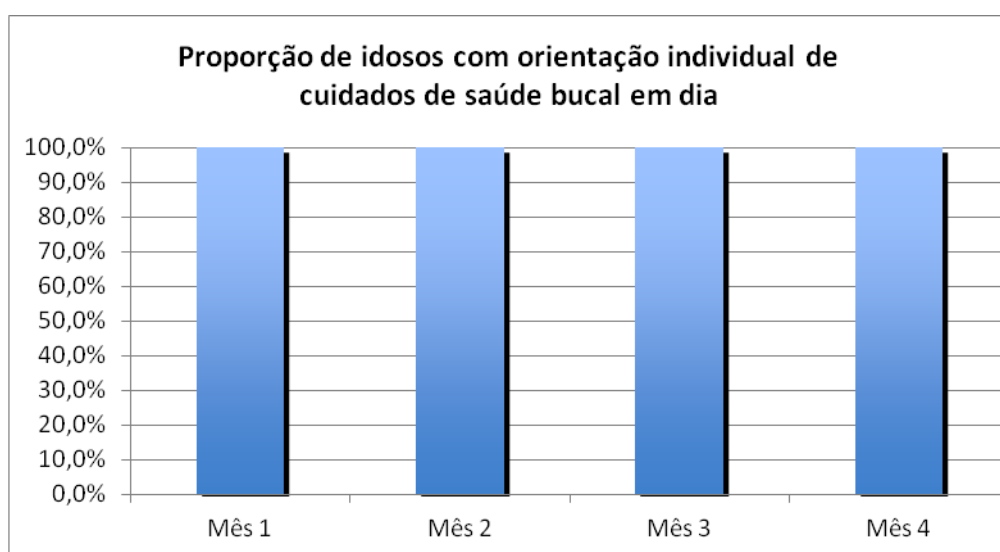
A meta 6.1 foi garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas e como indicador tivemos o número de idosos com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis entre o total de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde. Os 100% dos 225 idosos receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis, tanto pelo médico clínico geral, enfermeira e técnicas de enfermagem nas consultas como pelas agentes de saúde nas visitas diárias realizadas aos idosos durante a intervenção. Para envelhecer com saúde e qualidade de vida, como também em todas as fases da vida, a alimentação deve ser variada e equilibrada, referenciada pela cultura alimentar, harmônica em quantidade e qualidade, naturalmente colorida e segura do ponto de vista da higiene. É importante estabelecer rotinas saudáveis de vida, mesmo nas idades mais avançadas, para poder manter o corpo, a mente o espírito em equilíbrio. Para esta meta foi realizado capacitação da equipe para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável", Orientado os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis a fim de garantir que os 100% dos pacientes recebessem orientações nutricionais para hábitos saudáveis .



A meta 6.2 foi garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% dos idosos e como indicador temos o número de idosos com orientação para prática regular de atividade física entre o total de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde. Os 100% dos 225 idosos atendidos durante a intervenção receberam orientações sobre prática de atividade física regular por toda a equipe de saúde nas consultas, visitas domiciliares e atividades educativas realizadas com grupos de idosos. Da mesma forma que a alimentação saudável a prática de atividade física ajuda a prevenir doenças crônicas e suas complicações, tais como, Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Obesidade, Hipercolesterolemia, etc. Nossa intervenção encarregou-se de promover orientações sobre atividade física regular para os 100% dos 225 idosos cadastrados no programa da UBS.



A meta 6.3 foi garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados tendo como indicador o número de idosos com orientação sobre higiene bucal entre o total de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde. Em razão da importância da saúde bucal, a equipe encarregou-se de orientar os idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias, durante a consulta odontológica, assim também, nas visitas domiciliares, nos grupos, e durante todas as atividades realizadas nossa intervenção, tanto assim que todos os idosos avaliados receberam orientações sobre a saúde bucal e sua importância pelo odontólogo da Unidade em 100% dos idosos acompanhados.



A intervenção realizada na Unidade Básica de Saúde Nova Ouro Preto, no município de Carazinho localizado no Rio Grande do Sul, propiciou de forma geral melhoria nos registros, aumento na qualidade de atenção aos idosos tendo em conta a utilização da avaliação multidisciplinar nas consultas médicas, assim como a utilização da caderneta do idoso, a atenção odontológica também teve melhoria, em quanto a sua organização e aumentou à cobertura de atendimento que permitiu fazer um correto seguimento dos pacientes, as visitas domiciliares aumentaram e permitiram a detecção de fatores de riscos importantes para o trabalho preventivo que quisemos organizar com a intervenção.

Houve maior integração entre os profissionais da equipe, superando nossas expectativas principalmente pelos objetivos alcançados, e o seguimento da intervenção na ausência da Médica coordenadora do projeto, isto mostra que a equipe estava bem capacitada, motivada e engajada pela causa que era melhorar a atenção a saúde do idoso na UBS. Portanto, o projeto nos permitiu conhecer melhor o estado de saúde dos nossos pacientes/idosos, fazer avaliação de risco, etc., que utilizaremos para diminuir a incidência de algumas doenças e suas sequelas, evitar acidentes, modificar estilos de vida, tudo isto sempre dirigido a melhorar sua qualidade de vida.

4.2 Discussão

A intervenção realizada na Unidade Básica de Saúde Nova Ouro Preto, no município de Carazinho localizado no Rio Grande do Sul, propiciou de forma geral melhoria nos registros, aumento na qualidade de atenção aos idosos tendo em conta a utilização da avaliação multidisciplinar nas consultas médicas, assim como, a utilização da caderneta do idoso, a atenção odontológica também teve melhoria, em quanto a sua organização e aumentou à cobertura de atendimento que permitiu fazer um correto seguimento dos pacientes, as visitas domiciliares aumentaram e

permitiram a detecção de fatores de riscos importantes para o trabalho preventivo que quisemos levar com a intervenção.

O projeto de intervenção exigiu a união e o esforço da equipe para aumentar a qualidade no trabalho com os pacientes idosos, pois foi necessário realizar a capacitação da equipe para adotar um Protocolo de atendimento aos pacientes, e assim, uma vez adotado este por todos, foi possível melhorar o acolhimento, cadastramento, diagnóstico, tratamento e monitoramento dos mesmos, aumentando não só a quantidade de pacientes cadastrados no programa, mas também aumentando a qualidade de vida destes pacientes. O nosso trabalho foi integrado e não ficou ninguém sem responsabilidade, a auxiliar administrativa fazia o preenchimento dos registros, o acolhimento e preenchimento da caderneta do idoso eram feitos pela enfermeira e a técnica de enfermagem, a enfermagem também teve a função de organizar algumas das capacitações junto com a médica, que a sua vez se encarregava das consultas e com isto das avaliações multidisciplinar, exame clínico e demais atendimentos. O atendimento odontológico era feito pela odontóloga e a auxiliar de saúde bucal, as ACS se encarregavam da maioria das visitas domiciliares, onde além de detectar fatores de risco, orientar ações educativas sobre alimentação exercício físico e outros, também se encarregavam de citar aos pacientes para as consultas, motivo pelo qual não houve muitos pacientes faltosos nas consultas.

O projeto de intervenção melhorou o atendimento dos idosos, incluíram atividades que não existiam na rotina diária do posto, todo este trabalho anteriormente era desenvolvido pela médica e a enfermeira, mas agora toda a equipe tem responsabilidades e as nossas relações tanto de trabalho como pessoais tem sido fortalecidas, agora podemos controlar as consultas de nossos pacientes através do registro monitorando o seguimento deles, temos bem identificados os fatores de riscos de todos para poder atuar com ações preventivas frente a estes, além dos pacientes com doenças crônicas associadas e no tratamento medicamentoso que usam.

Aumentamos nosso vínculo com a comunidade, assim como a comunicação, a participação dos líderes (mesmo não sendo muito ativa) foi muito importante para nosso labor preventiva, além de contribuir para manter assistência dos pacientes nas consultas e a eliminação de alguns fatores que constituiriam riscos de acidentes, sensibilizamos à população para o projeto através dos grupos que foram feitos em

toda a comunidade e área de abrangência, mesmo assim, algumas pessoas não reconhecem a importância da intervenção e nossas ações e acham desnecessária a priorização dos atendimentos aos idosos.

Se fosse realizar a intervenção neste momento, faria do mesmo jeito, mas incluiria algumas coisas pra melhorá-la como: solicitar que os gestores municipais e os membros da comunidade tivessem uma participação mais ativa, convidaria para conhecer melhor a Unidade Básica de Saúde e a área de abrangência e mostraria nossas principais dificuldades e deficiências, a fim de solicitar suas melhorias e priorizar algumas situações que não dependem de nossa governabilidade enquanto profissional da saúde. Um exemplo que posso citar seria o aumento das quotas de exames para os idosos, organizar o agendamento deles para que não seja tão demorado, e disponibilizar o transporte para as visitas domiciliares sempre que fosse para incrementar as visitas domiciliares aqueles idoso com problemas de locomoção ou acamados. Também seria importante repensar a participação nos grupos de educação em saúde aumentando o número de participantes, convidando não só os idosos, mas também seus familiares, considerando a família como apoio importante para nossa intervenção.

A intervenção e suas atividades já foram incorporadas a rotina diária da Unidade Básica de Saúde, todos continuamos realizando as tarefas designadas e com muita responsabilidade para manter os resultados obtidos ou melhorá-los, pensamos aumentar a frequência dos grupos de idosos e tratar neles temas importantes para o cuidado e saúde deles, além de lograr maior participação de outros profissionais de saúde, que fornecendo mais qualidade na atenção prestada para obter maior satisfação da população.

Nos próximos meses pretendemos continuar o cadastramento e acompanhamento dos idosos visando atingir 100% de cobertura na atenção a saúde do idoso. Estamos discutindo com a equipe a possibilidade de implantar o programa de atenção aos hipertensos e diabéticos, já que estão relacionados de alguma forma.

5 Relatório da intervenção para gestores

A Unidade Básica de Saúde Nova Ouro Preto realizou um projeto de intervenção ao longo de quatro meses iniciou em 02 de fevereiro de 2015 e término em 11 de junho de 2015, com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção a saúde da pessoa idosa, através do cadastro e preenchimento dos registros que permite o controle e seguimento destes pacientes, além de atendimento prioritário tanto nas consultas médicas como odontológicas, a identificação de fatores de risco e fragilidades na velhice que ajudaram com o trabalho preventivo a fim de diminuir a incidência de algumas doenças prevalentes nesta idade. Houve várias etapas na qualificação da equipe, sensibilização da comunidade através dos grupos de educação em saúde com a população alvo do projeto e seus familiares, onde se trataram temas de muita importância como alimentação saudável, a prática sistemática de exercícios físicos, fatores de risco para doenças crônicas, uso de medicamentos para tratamento de doenças mentais, saúde bucal entre outros que ajudaram a estes pacientes a evitar novas doenças e manter compensadas aquelas doenças já presentes. O fornecimento por parte dos gestores das fichas espelhos, as cadernetas da pessoa idosa, materiais de trabalho pra uso da enfermagem nas triagens e odontológicos, transporte para as visitas, etc., foram muito importantes para o desenvolvimento da nossa intervenção. A comunidade contribuiu de forma significativa, os idosos comparecendo quando solicitado e participando dos grupos de orientação. É válido ressaltar que durante esta intervenção a equipe tinha 261 idosos adstritos.

Este projeto de intervenção tinha como meta uma meta de cobertura de 100% dos idosos da área, mas a participação foi de 225 pacientes, cadastrados e

acompanhados, atingindo um percentual de 86,2%, isto devido as férias da médica coordenadora do projeto que saiu de férias um mês durante a intervenção e a equipe deu seguimento as avaliações, no entanto com um menor número de agendamentos porque a médica substituta possuía menos horas na UBS. Realizaram-se capacitações á equipe sobre saúde do idoso o qual contribuiu a oferecer um serviço de maior qualidade. Da mesma forma, obtivemos resultados de qualidade relevantes com relação à qualidade dos registros, realização de exames físico e complementares, prescrição de medicamentos da farmácia popular e realização de atividades educativas tanto grupais como individuais, assim como a distribuição e preenchimento correto da Caderneta de saúde da pessoa idosa a todos os cadastrados.

Com relação aos idosos acamados, no início da intervenção havia 6 idosos, apenas no terceiro mês da intervenção foi possível a avaliação de 6 acamados, e no quarto mês a totalidade da meta pactuada na intervenção, isto também decorrente das férias da médica coordenadora no meio da intervenção. Este cadastramento de idosos foi possível pelas visitas domiciliares realizadas diariamente pelas agentes de saúde á comunidade. Portanto, os 9 idosos receberam visita domiciliar do médico e de outros profissionais da Unidade, também foi possível realizar a primeira consulta odontológica a todos os idosos cadastrados o que representa um percentual de 100% de meta de qualidade, no entanto se houvesse dentista 40 horas semanais estas ações poderiam ser melhor desenvolvidas nas outras áreas programáticas onde com 20 horas semanais muitas vezes não é suficiente, pois aumenta a demanda de atendimento.

Pode-se avaliar que a intervenção será integrada na rotina diária do UBS, pois acreditamos que em poucos meses fiquem beneficiados deste atendimento 100% dos idosos da área, para tanto precisamos também da ajuda do gestor, pois considero que se tivesse ocorrido uma maior interação dos gestores com a comunidade isto permitiria o conhecimento das principais necessidades não só dos idosos, mas também de toda a comunidade, sendo importante para avaliar a necessidade, por exemplo, de especialistas em nutrição, fisioterapia, psicologia, entre outros, para ajudar a equipe a melhorar a qualidade e resolutividade dos atendimentos. Estes profissionais estariam mais presentes nas áreas e ampliaria a nossa intervenção porque poderíamos dar tratamento e seguimento a alguns dos fatores de riscos e debilidades encontradas como no caso dos acamados e com

dificuldades de locomoção, com sequelas de AVC provocado por doenças crônicas, o trabalho com os idosos hipertensos e diabéticos seria mais integral, e poderíamos formar grupos de apoio nos casos dos idosos com dificuldades nas redes sociais. Portanto esta é a reivindicação de nossa equipe para que você gestor possa estar pactuando nossas solicitações tendo em vista dos objetivos alcançados e o atendimento qualificado. Também solicitamos apoio para implementação de outros projetos, que tenham os mesmos objetivos de qualificação em outras áreas da saúde como saúde da criança, da mulher, do hipertenso, diabético e que almejem a qualificação dos profissionais e vire rotina na UBS.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Durante quatro meses no ano de 2015 o médico e a equipe de saúde realizaram um projeto para melhorar a Assistência à Saúde do Idoso, na área de abrangência da Unidade de Saúde Nova Ouro Preto em razão da necessidade de melhorar o atendimento a este grupo vulnerável a doenças. Vale ressaltar que dos 261 idosos pertencentes à Unidade 225 foram cadastrados e acompanhados pela equipe, atingindo um percentual de 86,2% de atendimentos, a meta de atender os 100% não foi atingida porque a médica coordenadora do projeto esteve de férias durante um mês da intervenção e a médica que substitui tinha uma carga horária reduzida o que dificultou a realização deste cuidado a todos os idosos.

A intervenção iniciou com a capacitação da equipe sobre a saúde dos idosos e a informação a comunidade sobre a importância do projeto de acompanhamento do idoso que teve como objetivo de melhorar a qualidade de vida através de um acompanhamento regular da equipe de saúde da Unidade através do contato com lideranças comunitárias e nos grupos de educação em saúde na comunidade. Desta forma, foi organizado o atendimento a todos os idosos que procuravam a Unidade de Saúde por algum problema de saúde foram acolhidos, cadastrados e acompanhados, realizado visitas domiciliares diariamente aos idosos da área de abrangência pelas agentes comunitárias de saúde e quando necessário pelo médico, enfermeira, técnica de enfermagem priorizando aos idosos acamados ou com problemas de locomoção e aos idosos que não comparecer a Unidade. As Agentes Comunitárias de Saúde durante as visitas domiciliares cadastravam os idosos e agendavam para que procurassem a Unidade para realizar a avaliação, além de realizar a busca ativa dos idosos que não compareciam as consultas agendadas.

Os grupos de idosos na comunidade foram realizados mensalmente onde se trataram temas de muita importância como alimentação saudável, a prática sistemática de exercícios físicos, fatores de risco para doenças crônicas, uso de medicamentos para tratamento de doenças mentais, entre outros que ajudaram a estes pacientes a evitar novas doenças e manter compensados aquelas doenças já presentes. A todos os pacientes atendidos foi realizado exame clínico completo, solicitação de exames complementares, foram prescritos medicamentos da farmácia popular, todos receberam atendimento odontológico e receberam a caderneta da pessoa idosa.

Com a intervenção melhorou-se muito o atendimento odontológico ao idoso, assim como a melhora dos registros, foram realizadas orientações a higiene das próteses dentárias, que é comum nesta faixa etária, e atendimento a todos os idosos que possuíam alguma necessidade. Com a ajuda de toda a equipe de saúde conseguimos beneficiar os 100% de idosos que participaram desta intervenção, desta forma pretendemos com a continuidade do projeto em pouco tempo avaliar os 36 idosos restantes.

Para tanto, a comunidade deve também participar ativamente e cumprir com todas as orientações fornecidas pela equipe, trazendo idéias para aprimorar nosso trabalho e assim melhorar a qualidade do serviço oferecido, pensando que todas estas ações são para eles e sua opinião é importante, participando em todas as decisões e atividades desenvolvidas pela UBS, assim como promovendo atividades em conjunto com a equipe, por isso acho que a participação de um representante da comunidade em alguns momentos das reuniões da UBS foi essencial para o nosso trabalho, onde fortaleceu o engajamento público e a participação social da comunidade que os atendimentos.

Sendo assim, informamos a comunidade que será realizado a continuidade deste projeto de intervenção que foi desenvolvido para melhorar o atendimento prestado ao idoso terá na área de abrangência da Unidade de Saúde Nova Ouro Preto através das ações de acompanhamento de todos os idosos em qualquer estágio de doença e fragilidade da velhice, mas para que isto continue acontecendo precisamos do apoio de toda comunidade, pois sem este apoio não teríamos alcançado todos estes resultados. Agradecemos a participação dos idosos, de seus familiares, do trabalho de todos os profissionais da equipe da UBS e do apoio do gestor municipal de saúde.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Ao iniciar o curso de especialização em Saúde da família minhas expectativas eram: aumentar meu conhecimento médico e, assim, melhorar a minha preparação como profissional de saúde, aprender mais sobre a medicina brasileira; meios de diagnóstico e métodos de tratamento, doenças mais prevalentes, estilo de vida e as costumes da população, também, agir e trabalhar para ajudar a melhorar a saúde da população, adquirir uma experiência única que iria ajudar meu futuro desenvolvimento, aplicando o conhecimento aprendido não só no Brasil, mas também em Cuba ou em outro país, se necessário.

Ao longo do curso as tarefas preconizadas foram alimentando todas as minhas expectativas, sendo fornecidos numerosas referências bibliográficas que aumentaram os nossos conhecimentos sobre os protocolos de tratamento de diferentes doenças e alguns grupos como crianças, gestantes, puérperas, idosos hipertensos, diabéticos, prevenção precoce ao câncer de colo e câncer de mamas, saúde bucal, etc.

A intervenção proporcionou fortalecimento do trabalho com a minha equipe de saúde e a comunidade superando as minhas expectativas pessoais e profissionais aliadas ao belo aprendizado proporcionado durante os estudos clínicos que levavam a busca do conhecimento através da leitura e pesquisa. O raciocínio lógico nas tarefas de estudos de casos, do projeto de pesquisa, planilhas, indicadores, a pesquisa qualitativa e quantitativa também necessita de muita dedicação ao estudo e compreensão. Proporcionou a oportunidade de promover e realizar ações dirigidas a melhorar a saúde da população, aprimorei o português que a princípio representou umas das principais barreiras, trabalhei com doenças que

não são frequentes em cuba como é o caso da Tuberculose, conheci a realidade do povo brasileiro e tive que enfrentar algumas deficiências, mas não deixei que afetasse a qualidade do serviço oferecido. Também tive a bela experiência da equipe continuar as ações propostas durante meu período de férias, foi realmente uma prova de trabalho em equipe e valorização do meu projeto de intervenção pré-requisito para meu trabalho. Além de tudo tive muito boa orientação no curso em quanto as minhas dúvidas e erros, sei que pude ter-me esforçado muito mais, mas levo a melhor das experiências para meus país, agora posso aplicar o aprendido lá na minha terra.

Referências

BRASIL, Ministério da saúde. Cadernos de atenção básica No. 19. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Síntese das Informações – Carazinho – RS. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1> acesso em 02 novembro de 2014.

PEREIRA, M. G. Epidemiologia, teoria e prática. Serviços de saúde: marco de referência para estudo do tema. Rio de Janeiro: Guanabara - Koogan, 1995.

SAMICO I; FELISBERTO, E; FIGUEIRÓ, A.C.; FRIAS, P.G. Avaliação em Saúde. Bases Conceituais e Operacionais: Atributos da Qualidade em Saúde. Rio de Janeiro: Med Book, 2010.

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 3											
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 acamado ou com problemas de locomoção está cadastrado?	O idoso acamado ou com problemas de locomoção recebeu visita domiciliar?	O idoso teve verificação de pressão arterial última consulta?
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
6	223										
7	224										
8	225										
9	226										
0	227	0									
1	228	0									
2	229	0									
3	230	0									
4	231	0									
5	232	0									
6	233	0									
7	234	0									
8	235	0									
9	236	0									
0	237	0									

Indicadores de Saúde do Idoso - Mês 3									
Dados para coleta	Número do idoso	Nome do idoso	O idoso está com pressão sustentada maior que 135/80mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica?	O idoso hipertenso foi rastreado para diabetes?	O idoso foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O idoso teve primeira consulta odontológica programática?	O idoso faltou à consulta programada?	O idoso que faltou à consulta recebeu busca ativa?	O idoso está com o registro na ficha espelho em dia?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de idosos cadastrados	Nome	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
226	223								
227	224								
228	225								
229	226								
230	227	0							
231	228	0							
232	229	0							
233	230	0							
234	231	0							
235	232	0							
236	233	0							
237	234	0							
238	235	0							
239	236	0							
240	237	0							

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