

Universidade Aberta do SUS
Universidade Federal de Pelotas
Especialização em Saúde da Família
Modalidade à Distância
Turma 5

Trabalho de Conclusão de Curso



**MELHORIA NA ATENÇÃO À SAÚDE DOS IDOSOS NA UBS/ESF PEDRINHAS,
MACAPÁ/AP.**

Yaquelin Rodriguez Garcia

Pelotas-RS, 2015

Yaquelin Rodriguez Garcia

**MELHORIA NA ATENÇÃO À SAÚDE DOS IDOSOS NA UBS/ESF PEDRINHAS,
MACAPÁ/AP.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Programa de Pós Graduação em Saúde da Família Modalidade EAD Universidade Aberta do SUS – Universidade Federal de Pelotas, como requisito à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Lucimar da Silva Moura Thomasini

Co-orientadores: Catiuscie Cabreira da Silva

Jandro Moraes

Pelotas-RS, 2015

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

G216m Garcia, Yaquelin Rodríguez

Melhoria na Atenção á Saúde dos Idosos na UBS/ESF Pedrinhas, Macapá/AP / Yaquelin Rodríguez Garcia; Lucimar da Silva Moura, orientador(a); Catiuscie Cabreira da Silva., coorientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

102 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. Moura, Lucimar da Silva, orient. II. Silva., Catiuscie Cabreira da, coorient. III. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Quero agradecer de todo coração a minha orientadora Lucimar da Silva Moura Thomasini pelo apoio, dedicação e conhecimentos brindados, e da qual obtive certeiras, profundas e necessárias indicações para a realização deste trabalho.

Às pessoas que me apoiaram nesta caminhada profissional que tem sido meu suporte durante todos estes anos, e continuam ficando a meu lado sempre, em especial minha família.

A meu filho que me inspira para continuar superando-me na vida e tem se sacrificado para que eu lute por minhas aspirações.

À memória de meu pai.

As minhas irmãs, motivo de orgulho e exemplo para a realização desta investigação.

Agradecimento

Agradeço a possibilidade que me brindou o Ministério de Saúde do Brasil, em especial a Universidade Federal de Pelotas de participar nesta investigação.

A minha orientadora, professora, educadora e companheira que com sua ajuda, me inspirou forças para seguir adiante.

Ao professor Jandro Moraes por sua ajuda incondicional e apoio com suas orientações.

O mais sincero e profundo agradecimento ao Doutor Yoersy por suas valiosas orientações.

A meus companheiros de trabalho por brindar-me sua ajuda solidaria.

Resumo

GARCIA, Yaquelin Rodriguez. **Melhoria na Atenção à Saúde dos Idosos na UBS/ESF Pedrinhas, Macapá/AP.** 2015. 102f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família – Modalidade a Distância). Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

O presente trabalho realizou-se na Unidade Básica de Saúde das Pedrinhas, do Município de Macapá, Estado Amapá, no período compreendido de setembro a dezembro de 2014, com o objetivo de realizar melhorias na atenção à saúde dos idosos e assim favorecer a qualidade de vida nesta faixa etária, promovendo o cadastramento dos usuários idosos residentes na área de abrangência da UBS, mediante ações de assistência, promoção e prevenção. O levantamento dos dados foi possível através do monitoramento constante dos dados dos usuários, com correto preenchimento realizado nas fichas espelhos, prontuários e planilha de coleta de dados. Ao começo da intervenção tinha cadastrado 235 usuários, e durante o desenvolvimento da ação programática conseguimos cadastrar 397 idosos residentes na área de abrangência, chegando a 36,9% de cobertura com as três equipes de saúde da família da UBS. Todos os idosos cadastrados realizaram avaliação multidimensional rápida e exame clínico apropriado, assim como um grande número de usuários identificados como crônicos foram acompanhados pela equipe para compensação dos níveis tensionais e glicêmicos. Os idosos cadastrados tiveram indicação de exames laboratoriais e foi proporcionado que um grande número de usuários tivesse prescrição de medicamentos na farmácia popular. Também é importante destacar que os idosos acamados ou com problemas de locomoção identificados durante este período foram visitados e avaliados pelas equipes e estão sendo monitorados quinzenalmente. Conclui-se que o trabalho desenvolvido foi inserido na rotina do funcionamento da UBS com o empenho e dedicação dos profissionais de saúde das três equipes de saúde da família e muito bem aceito pela comunidade como um todo.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Atendimento ao idoso: avaliação dos exames complementares	60
Figura 2	Atendimento ao idoso: avaliação clínica.	60
Figura 3	Atendimento ao idoso: entrega da caderneta do idoso.	60
Figura 4	Capacitação da equipe.	60
Figura 5	Atividade de educação em saúde.	61
Figura 6	Atividade de educação em saúde – prática de exercícios físicos.	61
Figura 7	Rastreamento para hipertensão.	61
Figura 8	Visita domiciliar para Idoso.	61
Figura 9	Visita domiciliar para idoso acamado.	62
Figura 10	Grupo de idosos.	62
Figura 11	Atendimento a uma das idosas cadastradas.	62
Figura 12	Visita domiciliar na área de abrangência da UBS.	62
Figura 13	Visita domiciliar a idoso portador de deficiência.	63
Figura 14	Caminhada realizada com os idosos da UBS.	63
Figura 15	Gráfico da cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na UBS das Pedrinhas, Macapá/AP, 2015.	65
Figura 16	Gráfico indicativo da proporção de idosos com avaliação multidimensional rápida em dia na UBS Pedrinhas, Macapá/AP, 2015.	66
Figura 17	Gráfico indicativo da proporção de idosos com exame clínico apropriado na UBS Pedrinhas, Macapá/AP, 2015.	67
Figura 18	Gráfico indicativo da proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada na UBS	68

Pedrinhas, Macapá/AP, 2015.

- Figura 19 Gráfico indicativo da proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta na UBS Pedrinhas, Macapá/AP, 2015. 70
- Figura 20 Gráfico indicativo da proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Pedrinhas, Macapá/AP, 2015. 72
- Figura 21 Gráfico indicativo da proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática na UBS Pedrinhas, Macapá/AP, 2015. 73
- Figura 22 Gráfico indicativo da proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa na UBS Pedrinhas, Macapá/AP, 2015. 74
- Figura 23 Gráfico indicativo da proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia na UBS Pedrinhas, Macapá/AP, 2015. 75
- Figura 24 Gráfico indicativo da proporção de idosos com caderneta de saúde da pessoa idosa na UBS Pedrinhas, Macapá/AP, 2015. 76
- Figura 25 Gráfico indicativo da proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia na UBS Pedrinhas, Macapá/AP, 2015. 77
- Figura 26 Gráfico indicativo da proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia na UBS Pedrinhas, Macapá/AP, 2015. 78
- Figura 27 Gráfico indicativo da proporção de idosos com avaliação de rede social em dia na UBS Pedrinhas, Macapá/AP, 2015. 79
- Figura 28 Gráfico indicativo da proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis na UBS Pedrinhas, Macapá/AP, 2015. 80
- Figura 29 Gráfico indicativo da proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia na UBS 81

Pedrinhas, Macapá/AP, 2015.

Lista de abreviaturas e siglas

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária da Saúde
AEM	Auto Exame de Mama
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DM	Diabetes <i>Mellitus</i>
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ESF	Equipe ou Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PSE	Programa Saúde na Escola
SIS COLO	Sistema de Informação em Saúde de Colo do Útero
SIS MAMA	Sistema de Informação em Saúde de Mama
SIAB	Sistema de Informação em Saúde
SUS	Sistema único de Saúde

Sumário

1.	Apresentação.....	11
1	Análise Situacional	12
1.1	Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	12
1.2	Relatório da Análise Situacional.....	13
1.3	Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	22
2	Análise Estratégica	23
2.1	Justificativa.....	23
2.2	Objetivos e metas.....	24
2.2.1	Objetivo geral	24
2.2.2	Objetivos específicos e metas.....	25
2.3	Metodologia.....	27
2.3.1	Detalhamento das ações.....	27
2.3.2	Indicadores.....	46
2.3.3	Logística.....	50
2.3.4	Cronograma	53
3	Relatório da Intervenção	54
3.1	Ações previstas e desenvolvidas	54
3.2	Ações previstas e não desenvolvidas	57
3.3	Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	58
3.4	Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	59
4	Avaliação da intervenção	64
4.1	Resultados	64
4.2	Discussão.....	82
4.3	Relatório da intervenção para gestores.....	84
4.4	Relatório da Intervenção para a comunidade.....	88
5	Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	90
	Referências.....	92

Apêndices	95
Anexos	97

Apresentação

Esse volume traz o conjunto do trabalho realizado com os usuários idosos ao longo dos últimos meses na Unidade Básica de Saúde das Pedrinhas no município de Macapá/AM. Na primeira seção, será descrita a análise situacional, apresentando o município ao qual pertence à unidade em questão, a descrição da unidade e uma análise do processo de atenção à saúde realizado na mesma. Na segunda seção, será descrita a análise estratégica, apresentando os objetivos, as metas, a metodologia, as ações propostas para a intervenção, os indicadores, a logística e o cronograma. O relatório de intervenção, que será apresentado na terceira seção, demonstra as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas e as que não foram, as dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados e, por fim, uma análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço. A quarta seção apresentará uma avaliação da intervenção com análise e discussão de seus resultados, além do relatório da intervenção para os gestores e para a comunidade. Na seção cinco será apresentada uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem. Por fim, será apresentada as referências utilizadas neste trabalho e, ao final, os anexos que serviram como orientação para o desenvolvimento da intervenção.

1. Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Eu trabalho na Unidade Básica de Saúde (UBS) das Pedrinhas, na Cidade de Macapá, Capital do Estado de Amapá, composta por três equipes de saúde, nos bairros das Pedrinhas e Araxá, anexos dentro da população atendida, constituindo postos de trabalhos para o atendimento às comunidades. A UBS, esta integrada estruturalmente por uma recepção, dois consultórios médicos, uma farmácia, uma sala de vacinação, uma sala de odontologia, uma sala de Curativos e a direção, uma estrutura bastante completa. O pessoal da UBS, esta composto por três médicos clínico geral, por cinco enfermeiros, 11 Técnicas de Enfermagem, 14 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), uma Equipe do Núcleo de Apoio Saúde da Família (NASF), integrado pela psicóloga, fisiatra, educador físico, assistência social, fonoaudióloga e nutricionista. Temos também um Odontólogo e o Diretor. Atendemos uma População de 10750 habitantes, e temos um planejamento adequado para fazer atendimentos à população, oferecendo consultas no Sistema de Cadastro da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica (HAS/DM), puericulturas, pré-natal, idosos e outras consultas, além disso, fazemos visitas domiciliares, trabalhamos em dois turnos, manhã e de tarde, completando às 8 horas de trabalho ao dia.

Estamos fazendo um esforço muito grande para melhorar o estado de saúde da população, dando o melhor de nós com único objetivo de brindar uma atenção de qualidade e de elevar os indicadores de saúde do povo Brasileiro e sobre todo do povo Macapaense apesar das dificuldades que existem em relação à

situação estrutural da unidade e disponibilidade de recursos que não são suficientes para o correto atendimento da população.

1.2. Relatório da Análise Situacional

Entendo que a Saúde da família é a estratégia prioritária para reorganização da Atenção Básica no Brasil, importante tanto na mudança do processo de trabalho, quanto na precisão do diagnóstico situacional, alcançada por meio da descrição de clientela e aproximação da realidade sociocultural da população e da postura proativa desenvolvida pela equipe.

Eu trabalho no Município de Macapá, estado de Amapá com o total de 43.7000 habitantes, o Sistema de Saúde esta composto por 23 UBS com ESF, temos oito equipes do tipo tradicional, e temos o total de oito equipes do NASF, a disponibilidade da atenção especializada não é favorável, só temos uma UBS com estas características, e o serviço hospitalar também é desfavorável, com 13 hospitais, só temos 4 UBS que disponibilizam exames complementares, o que entendo ser uma grave deficiência, e temos 23 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), segundo a Secretaria de Saúde, 2014.

Minha UBS, as Pedrinhas, esta situada em área urbana, tendo vinculo com o Sistema Único de Saúde (SUS), apesar de que temos que melhorar a interrelação entre os profissionais da equipe, na minha percepção é que estamos trabalhando muito para melhorar uma organização ótima com o esforço de cada dia, em nossa área têm duas escolas e duas igrejas e mantemos forte comunicação, precisamente porque nosso posto de trabalho fica dentro de um local adaptado que pertence a uma igreja. O modelo de atenção de trabalho usado é de ESF. Minha UBS tem três equipes de Saúde, tendo a característica que minha equipe esta composta por uma Médica, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, seis ACS, um odontólogo, um pediatra, um ginecologista, a equipe do NASF, integrado por uma fisioterapeuta, psicóloga, nutricionista, e tem uma estrutura com muitas deficiências porque trabalho em um anexo da minha UBS, é um local adaptado que a igreja ofereceu à comunidade.

A primeira deficiência estrutural, além de ser o local adaptado, situado longe da população a atender, ele esta composto por uma sala de consulta medica para

dois médicos de diferentes equipes de Saúde, com uma área física de dispensação de medicamentos, que abastece as duas populações para um total de 8250 pessoas aproximadamente, também estão incluídos os prontuários, minha equipe de trabalho faz o atendimento em outro local adaptado com duas equipes de saúde, a outra equipe de saúde esta dentro da estrutura da UBS, é um anexo da UBS, mas pertence a ela.

Na UBS também temos muitas deficiências pela falta de salas para fazer consultas, tanto de Pediatria como de Ginecologia, não temos sala para os ACS, fazemos mudanças frequentes de local, temos deficiência no armazenamento de lixos, falta de compressor odontológico, além disso, temos uma sala de vacinação, uma direção, uma recepção e uma sala de curativo. Já estamos trabalhando nas estratégias que podem diminuir as deficiências encontradas, busca de locais que tenham condições de trabalho e que fiquem dentro da comunidade, fazemos ações de saúde na casa de um usuário na comunidade para poder estabelecer palestras, atividades de prevenção de saúde, controle e acompanhamento dos usuários com doenças crônicas, vacinação e cadastramento.

Na minha percepção estamos realizando assistência no contexto da Atenção Básica na organização e no funcionamento adequado dos serviços, levando em frente o Programa Saúde na Escola (PSE), por meio de ações de promoção e prevenção na escola, estamos logrando a integração de ações de vigilância em saúde em conjunto com nossos ACS, para controlar a malária, a dengue. Estamos realizando uma atenção de qualidade caracterizada por ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e acompanhamento contínuo, para obter uma redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral. Temos logrado relações de afetividade e confiança com o usuário, e sua participação em ações comunitárias e de outro tipo, da organização e orientação dos serviços de saúde da área de abrangência, incentivando assim o exercício do controle social. Por outro lado estamos logrando a participação de nossa equipe no mapeamento e territorialização da área, na realização de um atendimento domiciliar de qualidade, na realização de reuniões de equipe de forma mensal, planejamento de trabalho, dando a conhecer a toda a equipe o análise situacional. Desta forma temos conseguido planejar ações para promover mudanças positivas e futuras nos modos

e estilos de vida de nossos hipertensos e diabéticos com indicação de dietas saudáveis e a realização de exercícios. Realizamos as consultas às grávidas e crianças, fazendo pré-natais e puericulturas com a qualidade requerida, na comunidade mesma, já que estamos aproveitando os locais existentes nas comunidades para levar a diante todas estas ações em função do bem-estar da população.

O total de população de minha UBS é de aproximadamente 10.750 habitantes, constituindo um subregistro por não ter o cadastramento de 100%, mas uma equipe de saúde da família deve atender a 3.248, a outra equipe de 5.002 e a outra com 2.500 pessoas. O fato é que temos somente três equipes, sendo insuficientes para este número de pessoas na área de abrangência, sendo que destas, 60% são do sexo masculino, com quantidade significativa entre os 16 e 59 anos. Observa-se a grande incidência de maiores de 60 anos, olhando o envelhecimento progressivo no Brasil e o mundo (BRASILIA 2006), sendo insuficiente a estrutura e a organização de nosso serviço, sendo também importante para a área descoberta dentro da comunidade, como já descrevi precisamos de um local dentro da comunidade para chegar mais perto das pessoas distantes, prevenir e erradicar as doenças e já estamos trabalhando em sua busca.

É muito importante ter uma organização do atendimento à demanda espontânea em nossas UBS, segundo às necessidades dos usuários, para atendermos doenças agudas ou por situações de imprevistos, que não tinham agendamento prévio, isto se realiza através do acolhimento dos usuários pela nossa equipe de saúde no trabalho diário, e sempre temos em conta que estes problemas são prioritários. Devemos fazer o atendimento rápido segundo suas necessidades de urgência, com profissionais fixos que fazem o acolhimento, com triagem.

Diariamente estamos tendo muita demanda de usuários, já seja por agendamento, como por demanda espontânea e quase sempre damos atendimento e resolutividade a aqueles que por varias razões chegam a nossa consulta, porém temos casos que não requerem de rápido atendimento e depois de fazer o acolhimento, agendamento para o próximo dia o seu atendimento. Sempre damos atendimento a aquelas pessoas que pela primeira vez comparecem para consulta para fazer planejamento familiar, por exemplo, e pelo difícil acesso a nossa UBS não

puderam chegar antes, assim evitamos que elas fiquem grávidas. Também temos casos de crianças que nunca tinham sido vacinadas e estavam expostas a doenças que poderíamos prevenir. Adolescentes que nos procuram porque desejam obter preservativos para evitar Doença Sexualmente Transmissível (DST), ou gravidez, assim como o usuário que amanhece com febre e nos procura para atendimento, são muitas as prevenções que poderemos fazer com o atendimento da demanda espontânea, acredito que não temos dificuldades para melhorar o pronto atendimento na UBS.

Em nossa UBS neste momento não conhecemos o número total de recém-nascidos, mas obtivemos segundo o caderno de ações programáticas, uma estimativa de 227 recém-nascidos. Temos apresentando algumas dificuldades quanto à primeira consulta que como todos sabem deve ocorrer no tempo ideal, que é na primeira semana de vida, às vezes é realizada aos quinze dias, mas o fato é que nossa população mora longe da unidade de saúde, e o acesso ao serviço às vezes é difícil. Muitas deficiências têm sido superadas e continuaremos trabalhando para erradicar as outras, estamos realizando as puericulturas de todas nossas crianças desde o nascimento até os 72 meses de idade, com uma periodicidade às vezes maior à proposta recomendada pelo Ministério da Saúde, que devia ser maior e não de sete consultas no primeiro ano de vida que é tão importante no desenvolvimento de uma criança.

Nossa equipe planeja as consultas subsequentes de acordo com o contexto familiar onde se está desenvolvendo a criança, suas necessidades individuais, a vulnerabilidade da mesma, conforme um calendário fazendo um exame físico minucioso e detalhado, e temos sempre presente a monitorização do crescimento com as medidas antropométricas com registro de peso, estatura, perímetro cefálico e braquial. Calculamos o índice de massa corporal e o estado nutricional de cada criança, revisamos o desenvolvimento psicomotor e dentição, além disso, a vacinação, alimentação, entre outros aspectos e posteriormente fornecemos algumas orientações importantes para o bom desenvolvimento da criança como prevenção de infecções respiratórias, doenças diarreicas agudas, entre outras. Promovemos evitar os acidentes na moradia, o desenvolvimento saudável da criança, manter vacinação atualizada, aconselhamos em relação aos hábitos alimentares, damos a conhecer aos pais a data da próxima consulta nesse mesmo

dia, também realizamos visitas domiciliares previamente planejadas. Até agora temos obtido bons resultados e para nossa satisfação já temos na área de abrangência de nossa equipe recém nascidos novos com bom estado de saúde, que disfrutam de ótimas condições.

Através de ações e recomendações brindamos a consulta Pré-natal, tendo uma estimativa segundo o caderno de ações programáticas de 161 grávidas. No momento não temos os registros das grávidas acompanhadas assim não foi possível estimar a meta de cobertura e dos indicadores de qualidade. É muito importante o acolhimento de toda a equipe de saúde, em minha UBS se faz um trabalho muito organizado por parte de todos, a partir da busca ativa nas visitas domiciliares e ações de saúde, e fazendo planejamento correto tendo em conta sua idade gestacional e avaliação de risco, de forma sistematizada, mensalmente até as 34 semanas e quinzenalmente até 37 semanas, e semanalmente até as 40 semanas, as que têm alto risco sua consulta é quinzenal a partir da captação, com atendimento da enfermeira e médico, mediante um protocolo que embasa as ações de Pré- natal, alternando em seu seguimento.

Já em minha UBS, temos conseguido um bom trabalho, sendo contínuo e mantendo sempre prioridade dentro da população, dando assistência e cuidado durante o puerpério, através de ações de promoção a saúde, como as palestras sobre os cuidados da gravidez, pré trabalho de parto, cuidados do recém-nascido, aleitamento materno, ações de prevenção de doenças, mediante a realização de exames laboratoriais, vacinação, uma boa anamnese e exame físico. As grávidas depois de terminada as consultas, são comunicadas sobre a próxima consulta agendada de forma semanal, quinzenal o mensal, se há risco ou doença que apresente, além destas consultas fazemos as visitas domiciliares para verificar a continuidade do tratamento ou acompanhamento, cadastramos a novas grávidas e se é preciso fazemos busca ativa em suas casas.

Fazemos monitoramento regular e avaliação de forma semanal, e considero esta atividade muito importante, porque através disso é possível conhecer os novos cadastros, quantidade de grávidas, a morbimortalidade, a ausência delas em nosso serviço, e também identificamos as mulheres com pré-natal de alto risco. Entre as dificuldades que enfrentamos está a distância que existe entre a comunidade e a

UBS, tendo muitas delas com seguimento em outro posto de saúde, sendo elas de minha área de abrangência, porque como já falei meu posto de trabalho fica longe de minha comunidade.

Em minha UBS, se trabalha mediante ações preventivas de saúde a todas as mulheres de 25 a 64 anos de idade para o caso de prevenção de câncer de colo de útero, com uma estimativa 2.277 mulheres, segundo o caderno de ações programáticas, e para o câncer de mama, temos uma estimativa de 469 mulheres entre a idade de 50 a 69 anos. Fazemos prevenção na consulta médica, nas visitas domiciliares, nas ações de saúde todas as quartas feiras, no cadastramento, nas palestras com a participação do médico, enfermeira, técnica de enfermagem e ACS. Não posso deixar de dizer que a população tem muita falta de informação e conhecimento destas doenças, como também falta uma atuação mais eficaz da Equipe de Saúde de cada UBS, para a realização do citopatológico, o Auto Exame de Mamas (AEM), e a mamografia de forma periódica, sendo este último difícil para realizar, porque o município não conta com serviço eficiente que satisfaça a toda a população. As mulheres tem que procurar clínicas privadas, e por não ter condições financeiras, ficam sem fazer, também tem atraso ou demora na entrega destes resultados. Já as mulheres na faixa etária de realizar o citopatológico, são rastreadas e as que estão com exame pendente, fazemos o exame, e assim recuperamos o grande número de mulheres com citologia realizada, no momento o registro destas ações só é feito no prontuário.

Apesar do trabalho que estamos fazendo, faltam muitos problemas por resolver e é a falta de organização nos registros por grupos etários, nos impossibilitou avaliar quantas mulheres de 25 a 64 anos e de 50 a 69 anos de idade estão sendo acompanhadas na UBS, só é possível realizar o levantamento através de busca nos prontuários, também não conhecemos quantas mulheres tem exame cito patológico positivo e, quais tem acompanhamento continuo, estes são dados muito importantes que eu acredito devem ser de conhecimento dos profissionais de saúde, como também para demonstrar e justificar os indicadores de saúde de um país, fazendo registro correto das informações de saúde, através das consultas, da triagem, das vistas domiciliares, do cadastramento, com o monitoramento continuo da população.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM), são uma condição muito prevalente que contribuem para efeitos adversos á saúde, incluindo mortes prematuras, insuficiência renal, acidente vascular cerebral, cegueira e amputação, provocando um aumento na mortalidade principalmente por eventos cardiovasculares (BRASILIA 2006). Assim estamos trabalhando todos juntos nas tarefas de ações educativas, utilizando o Caderno de Atenção Básica, Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, ano 2013. Fazemos ações de saúde dentro e fora de nosso posto de trabalho, através de palestras, serviços contínuos, cadastramentos, visitas domiciliares, acompanhando sempre dando orientação sobre alimentação adequada, evitando sobre tudo o consumo de sal, incentivando a prática de atividade física, evitando o sedentarismo e trabalhando no abandono do tabagismo e a redução do uso excessivo de álcool. Temos cadastrada quase toda a população, não atingindo 100% por ter áreas descobertas, conhecendo uma estimativa de usuários hipertensos de 1894, e de diabéticos 541 segundo a população total.

Estamos fazemos rastreamento do DM através da realização da glicemia de jejum e casual, também estamos medindo a tensão arterial a todas as pessoas maiores de 15 anos, como é uma ação de saúde que fazemos para evitar subregistro e diagnosticar todos os usuários com estas doenças. Um salto de qualidade e um melhor controle de nossos usuários que retornam as consultas com bom controle de tensão arterial sistêmica e de glicose. As consultas que fazemos são de qualidade com interrogatório, exame físico, avaliação de exames laboratoriais e tratamento higiênico dietético e medicamentoso, todos os usuários são orientados na dieta, exercícios físicos e como devem tomar os remédios. Nossa equipe faz visita domiciliar e encaminhamos os usuários para nutricionista, psicóloga da equipe do NASF conforme a necessidade e também realizamos consultas todos os dias, com atenção aos usuários diabéticos e hipertensos de maneira espontânea e agendada, e o atendimento do Hiperdia esta acontecendo toda a quarta-feira. Acredito que ainda temos que trabalhar muito mais com estas doenças crônicas não transmissíveis para realizar diagnóstico precoce e evitar complicações. É muito importante que seja intensificado o trabalho de educação em saúde para mostrar a toda população os riscos da doença não tratada, é preciso e distribuir mais informativos nas unidades de saúde, igrejas, escolas. Entendo que o programa de

HAS deve ser ampliado também em outras áreas de atuação como escolas, porque a hipertensão é uma doença que também pode ocorrer em crianças e adolescentes e na nossa UBS não contamos com esfigmomanómetro apropriado para isso e fazer uma detecção de crianças e adolescentes doentes ou em risco. Os bairros que não possuem laboratórios, como nosso bairro, por exemplo, é preciso pensar em providenciar uma sala para coleta de exames, assim como é preciso organizar o fornecimento dos medicamentos para os usuários hipertensos e diabéticos.

Acredito que ainda temos dificuldades que erradicar, pois com certeza posso dizer que existe um subregistro destas doenças em minha área e temos que continuar trabalhando para lograr as mudanças necessárias, mas se estamos fazendo avaliações e monitoramento das ações de saúde, também queremos contar com o apoio dos gestores de saúde para erradicar estas dificuldades que podem atentar contra a qualidade de vida de nossos usuários. Embora existe muito a se fazer, entendo que já estamos no caminho correto e com o esforço e a união de todos os profissionais do setor podemos logra-lo.

A minha realidade quanto ao número de idosos acompanhados na UBS que residem na área de abrangência é muito inferior ao número estimado, em primeiro porque o número total de população de minha UBS é de 10.750 aproximadamente, correspondendo a 1.075 idosos estimados para essa população, resultado que fica muito acima da quantidade de idosos cadastrados em minha equipe, que chega um total de 235 idosos para 21,9% de cobertura. Através das consultas médicas, visitas domiciliares, ações de saúde, ainda ficaram trabalhando e faltam muitos usuários para cadastrar o restante de idosos.

A cobertura de saúde da pessoa idosa encontrada fica abaixo do número real de pessoas maiores de 60 anos de idade. E quanto aos indicadores de qualidade do atendimento prestado ao idoso, também não posso fazer uma avaliação, porque não tenho os dados necessários para realizar essa avaliação, mas acredito que temos um planejamento para o atendimento destas pessoas, apenas as quartas-feiras essa população é atendida, mas não deixamos de atender os usuários crônicos que chegam sem consulta agendada, também realizamos visitas domiciliares esporádicas a essa população idosa. O atendimento tem acontecido na residência de um usuário de nossa comunidade uma vez por semana, que

disponibiliza um espaço para que a equipe possa realizar o atendimento para a população que tem mais dificuldades para deambulação. Neste atendimento realizamos a aferição da pressão arterial e exame de glicose capilar, medindo peso e aproveitando para realizar, educação em saúde mediante palestras, com temas como acidentes no domicílio, dieta saudável, realização de exercícios físicos, entrega de medicação para as doenças crônicas, e resolver suas inquietudes e necessidades. Participa desta atividade o grupo de NASF I, fazendo visitas domiciliares e reabilitações em seus domicílios. Eu acredito que não podemos deixar de fazer as visitas domiciliares e dar a devida importância a este grupo de usuários, porque em sua casa é possível avaliarmos o contexto familiar.

Tenho que dizer que temos muitas dificuldades ainda no acompanhamento dos usuários idosos, o cadastro destas pessoas está desatualizado, e muitos de nossos idosos não recebem uma atenção de qualidade, já que moram em áreas descobertas e às vezes não temos conhecimento de sua existência, há uma crescente tendência ao envelhecimento que existe na atualidade (BRASILIA 2006). Além disso, temos que formar os grupos de idosos para sua prática de exercícios físicos, logrando que as pessoas sedentárias deixem de ficar assim e com isso estamos diminuindo a possibilidade de risco de morrer por doenças cardiovasculares e cerebrais, facilitamos as relações interpessoais e de comunicação.

É muito importante conhecer que temos muitos desafios para enfrentar e dar solução para assim fazer mudanças, logrando um ótimo SUS, por isso acredito na importância que tem neste curso, porque através dele, temos conhecimento da falta de organização que temos em nosso serviço de trabalho, mudança que já comecei a fazer, de forma particular com a procura por um melhor local de trabalho. Assim conseguirmos realizar um melhor acompanhamento dos nossos usuários, temos que dar continuidade à realização de reuniões da equipe para ter seguimento dos problemas existentes e os que já estão solucionados, fazer uma análise periódica da UBS e assim conhecer qual é a situação de nossa equipe, ter o registro atualizado com o total da população, grupos etários, sexo, crianças, gestantes, mulheres na faixa etária de risco para câncer de colo e mama, hipertensos, diabéticos, idosos.

Devemos primordialmente fazer o cadastramento de toda a população, e acredito que apesar de brindar um bom atendimento, precisamos ser cada dia

melhor, buscando uma ótima inter-relação médico paciente, de forma geral temos que trabalhar sobre princípios como a universalidade, equidade, integralidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, do vínculo, da responsabilização, da humanização, e da participação social, introduzir profissionais com habilidades que lhes permitam compreender e atuar no SUS com competência técnica, espírito crítico e compromisso político, fazendo uma reorganização da atenção básica.

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

Ao estabelecer a comparação do texto inicial e o relatório exposto, acredito que não conhecia a realidade e todas as dificuldades existentes, graças á participação neste curso temos conhecimentos de quanta desorganização e falta de informação estão presentes em minha UBS. Com a análise situacional realizada nos foi possível constatar a falta de cadastramento, falta de interesse da gestão e a constatação de deficiências graves com a estrutura, funcionamento e necessidade de contratação de mais trabalhadores da saúde para melhorar a realidade da população.

A visão sobre o processo de trabalho e a organização do atendimento foi aprimorada através da avaliação realizada durante a Unidade 1 do curso de especialização em Saúde da Família. Verificamos o quanto é necessário uma mudança de postura por parte dos profissionais de saúde e a necessidade de construir estabelecimentos médicos para satisfazer as necessidades da população, assim como também laboratórios de exames complementares para suprir as necessidades de nossos usuários.

2. Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A ação programática em saúde para os idosos é muito importante em qualquer contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) e é fundamental para este grupo de idade, porque mediante esta ação podemos aumentar a cobertura a esta fase etária, conseguiremos melhorar a qualidade de vida destas pessoas, e diminuiremos consideravelmente os custos ao sistema de saúde por conceito de internações e atenção especializada, que hoje com certeza posso dizer que são muito elevados (BRASIL, 2006).

Tendo em conta a estrutura física de minha UBS temos muitas deficiências, primeiramente pelo difícil acesso da população idosa para receber atendimento das diferentes especializações como a consulta de odontologia, vacinação, curativo, laboratório clínico, fisioterapia, constituindo a deficiência maior por encontrar-se fora de minha área de abrangência, já que minha população fica longe desta estrutura. A UBS está situada no bairro das Pedrinhas, mas minha população mora no bairro de Araxá, trabalhamos em um local adaptado sem condições estruturais, só temos uma sala para a consulta médica e uma sala que temos os prontuários, os medicamentos e onde se realiza a triagem dos usuários. Não temos medicamentos suficientes para a nossa demanda, e assim atingir a compensação das doenças crônicas e evitar seu retorno todos os meses, temos uma disponibilidade insuficiente de equipamentos e

instrumental, como balanças, esfigmomanómetro, material de sutura, otoscópio, e negatoscópio. Também é importante destacar que temos barreiras arquitetônicas de difícil solução, como ruas com buracos e água sem encanamento, não temos calçadas que garantam um melhor deslocamento seguro de deficientes e incapacitados, os banheiros não são adaptados para portadores de deficiência, e não temos centros de reabilitação, e de emergência.

Minha UBS tem como população total 10.750 pessoas para uma estimativa de 1075 pertencentes ao grupo de idosos. Temos um número total de idosos acompanhados pelas três equipes de saúde da família, de 235 usuários, o que constitui um subregistro. Temos um planejamento para o atendimento diário dos idosos, dentro e fora da UBS, seja nas visitas domiciliares, consultas médicas, e através do atendimento em uma casa de família (em um domicílio dentro da comunidade do Araxá onde realizamos os atendimentos, todas as quarta-feira) para assim facilitar a chegada das pessoas com dificuldade para deambulação, onde aproveitamos para fazer ações de promoção e rastreamento de doenças crônicas. A equipe buscará parceiros na comunidade e também junto à gestão municipal, para fazer o recadastramento de toda a população idosa da UBS e oferecer um atendimento de qualidade, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde. Acredito que esta intervenção é muito importante em minha UBS porque desta maneira estamos levando Atenção de Saúde a toda a população sã, doente, de risco, vulnerável, descapacitada, acamada, e vamos ter a oportunidade de conhecermos o total de nossa população, e assim reduzir os indicadores de morbimortalidade de nossa comunidade.

A participação de toda a equipe, através do levantamento dos dados semanalmente, demonstrando seu trabalho e continuidade nesta ação, evidenciando suas preocupações por lograr uma mudança para o benefício do povo. Por em quanto temos dificuldades e limitações que não dependem de nossa governabilidade, mas com esta ação pretendemos uma melhor atenção à saúde dos idosos, dando atendimento contínuo, facilitando o acesso destes na UBS, melhorando o controle de suas doenças, e proporcionando melhor qualidade de vida para o idoso e sua família. Eu acredito que a escolha de meu foco da intervenção vai melhorar a atenção de saúde das pessoas idosas em minha UBS.

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1. Objetivo Geral

Melhorar a atenção à saúde dos idosos na UBS/ESF Pedrinhas no município de Macapá/AP.

2.2.2. Objetivos Específicos

1. Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso
2. Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde
3. Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso
4. Melhorar o registro das informações dos Idosos da Área.
5. Mapear os idosos de risco a área de abrangência da Unidade.
6. Promover a saúde dos idosos

2.2.3. Metas

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

Meta:

- 1.1. Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 80%.

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

Metas:

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

- 2.2. Realizar exame clínico apropriado em idosos cadastrados em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade para diabéticos.
- 2.3. Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos cadastrados que são hipertensos e/ou diabéticos.
- 2.4. Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos cadastrados.
- 2.5. Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.
- 2.6. Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.
- 2.7. Rastrear 100% dos idosos cadastrados com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.
- 2.8. Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e glicose elevada.
- 2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos cadastrados.
- 2.10. Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

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

Meta:

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações dos Idosos da Área.

Metas:

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

Objetivo 5: Mapear os idosos de risco a área de abrangência da Unidade.

Metas:

- 5.1. Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.
- 5.2. Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

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

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos

Metas:

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

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

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

2.3 Metodologia

Trata-se de um projeto de intervenção a ser alcançada através de estudos, levantamento de dados e ampliação de ações programáticas de assistência, promoção e prevenção à saúde dos idosos da área de abrangência da Unidade de Saúde da Família, situada no município de Macapá - AP.

Para levantamento dos dados e consolidação dos mesmos, será utilizado o banco de dados do SIAB, prontuários e registros específicos, relatos dos ACS, planilha de coletas de dados e ficha-espelho, fornecidos pela UFPEL.

2.3.1 Ações

Ações do Objetivo 1 – Cobertura.

Eixo Organização e Gestão do Serviço:

Ações

- Garantir o registro dos idosos cadastrados no Programa.
- Melhorar o acolhimento para os pacientes idosos.
- Garantir dentro das possibilidades o material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanómetro) e para a realização do hemoglicoteste para pacientes idosos com Diabetes Mellitus na unidade de saúde.

Detalhamento:

- Garantir o registro dos idosos cadastrados no Programa, na sala da triagem, responsabilizado pelas técnicas de enfermagem e médicos, realizadas todos os dias.
- Ampliaremos e daremos continuidade aos segmentos nos Programas de idosos, captando mais clientes por meio de visitas domiciliares diárias dos ACS juntamente com a técnica de enfermagem com o devido registro dos mesmos.
- Melhorar o acolhimento para os pacientes idosos, realizado por todos os profissionais da saúde, em visitas domiciliares, consultas médicas, ações de saúde, conversas e palestras.
- Garantiremos espaços e instalações na UBS e comunidade para realização das atividades (consultas, educação em saúde, demais atendimentos), sendo responsabilizado pela enfermeira, realizando conversas com líderes da comunidade e gestores da saúde.
- Asseguraremos uma porta aberta do serviço todos os dias para atenção continuada os idosos, sendo as técnicas de enfermagem as principais responsáveis.
- Efetivaremos junto ao gestor da UBS a presença de equipamento e material adequado para assegurar o seguimento dos idosos com pressão alta e diabetes mellitus.
- Garantiremos sistema de manutenção e reposição equipamentos necessários para tomada da pressão arterial, gestão responsabilizada pela enfermeira e ajuda pelos gestores da secretaria da saúde duas vezes no ano.

Eixo Monitoramento e Avaliação

Ações

- Monitorar o número de idosos cadastrados no Programa de Atenção a Idosos da unidade de saúde.

Detalhamento:

- Intensificaremos/manteremos e monitoraremos ações promovidas com os profissionais da saúde para que estes sejam motivadores na ampliação do serviço

de idosos, nos diferentes cenários de saúde, através das reuniões mensais e no trabalho diário.

Eixo Engajamento Público

Ações

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção os idosos da unidade de saúde.
- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento dos pacientes idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmhg e Glicose elevada.
- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento:

-Ampliaremos e daremos continuidade aos segmentos nos Programas de idosos, logrando a parceria com locais próprios da comunidade, envolvendo a fatores essenciais e logrando assim o controle social.

- Programaremos medidas que priorizem a educação em saúde (rodas de conversa, grupos de idosos) para informar sobre a existência do Programa de Idosos.

• Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

-Rastreamos mediante hemoglicoteste a presença de glicemias alteradas em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmhg.

- Implementaremos medidas que priorizem a educação em saúde (rodas de conversa, grupos de riscos) para a diminuição à exposição aos fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas.

- Efetivaremos as medidas de controle de prevenção de riscos, oportunizando atendimento multiprofissional, triagem e educação em saúde.

Eixo Qualificação da Prática Clínica

Ações

- Capacitar os ACS para o cadastramento de idosos de toda área de abrangência da unidade de saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Detalhamento:

- Partiremos cursos de capacitação sobre correto cadastramento dos idosos.
- Agilizaremos e facilitaremos o acesso aos cursos de capacitação dos ACS.
- Facilitaremos cursos de capacitação sobre correta verificação da pressão arterial e realização do hemoglicoteste
- Efetivaremos na equipe em conjunto e com o NASF atividades práticas na comunidade mesma com toma da pressão arterial e realização de hemoglicoteste.

Ações do Objetivo 2 - Qualidade**Eixo Organização e Gestão do Serviço****Ações**

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes idosos.
- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.
- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.
- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.
- Garantir a solicitação dos exames complementares.
- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.
- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos idosos cadastrados na unidade de saúde.
- Realizar controle da avaliação multidimensional.
- Manter um registro da avaliação multidimensional dos idosos cadastrados na unidade de saúde.
- Realizar controle dos idosos cadastrados acamados ou com problemas da locomoção.
- Manter um registro dos idosos cadastrados acamados o com problemas da locomoção na unidade de saúde.
- Realizar controle dos idosos cadastrados com pressão arterial maior que 135/80 mmhg e glicose elevada.
- Manter um registro dos idosos cadastrados com pressão arterial maior que 135/80 mmhg e glicose elevada na unidade de saúde.
- Realizar controle dos idosos cadastrados com pressão arterial sistêmica e diabetes mellitus.
- Manter um registro dos idosos cadastrados com pressão arterial sistêmica e diabetes mellitus na unidade de saúde.
- Realizar controle dos idosos cadastrados com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.
- Manter um registro dos idosos cadastrados com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na unidade de saúde.

Detalhamento:

- Capacitaremos a todos os membros da equipe em quanto ás atribuições dos profissionais de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes idosos.
- Intensificaremos/manteremos as ações promovidas para lograr a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

-Realizaremos publicação do protocolo adotado pela UBS para adequado atendimento de idosos.

- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

-Buscaremos e imprimiremos uma versão atualizada do protocolo e o publicaremos na UBS para que seja do conhecimento de todos os profissionais.

- Efetivaremos junto ao gestor da UBS a presença de instituições de saúde para realização de exames laboratoriais em tempo segundo o acordado no protocolo de idosos.

-Lograremos a parceria com outras instituições de saúde para lograr a realização de exames laboratoriais com a periodicidade definida no protocolo.

-Monitoraremos o controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos na farmácia.

-Trataremos de envolver a farmacêutica da área no programa de idosos e controle adequado dos medicamentos.

Eixo Monitoramento e Avaliação

Ações

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado e completo dos pacientes idosos cadastrados, fazendo maior avaliação com diabéticos e hipertensos.

- Monitorar o número de idosos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular para os idosos cadastrados.

- Monitorar a realização de avaliação multidimensional de 100% dos idosos cadastrados da área de abrangência.

- Monitorar o 100% dos idosos cadastrados acamados ou com problemas de locomoção da área de abrangência.

- Monitorar 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmhg e glicose elevada.
- Monitorar 100% dos idosos cadastrados com Pressão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.
- Monitorar 100% dos idosos cadastrados com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento:

- Garantiremos espaços e instalações na UBS e comunidade para brindar consultas e demais atendimentos com a qualidade requerida sempre monitorando oportunamente esta atividade.
- Monitoraremos e asseguraremos a existência de uma porta aberta do serviço para atenção clínica continuada as pessoas idosas.
- Garantiremos e monitoraremos a realização de exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde.
- Efetivaremos junto ao gestor da UBS a presença de instituições de saúde para realização de exames laboratoriais em tempo segundo o acordado no protocolo de idosos.
- Efetivaremos as medidas de controle da doença mediante a realização de exames laboratoriais com a periodicidade estabelecida.
- Efetivaremos junto ao gestor da UBS a presença de instituições de saúde para realização de exames laboratoriais em tempo segundo o acordado no protocolo de idosos.
- Lograremos a parceria com outras instituições de saúde para lograr a realização de exames laboratoriais com a periodicidade estabelecida.

-Priorizaremos e monitoraremos a prescrição de medicamentos da farmácia popular para os idosos cadastrados na unidade de saúde.

- Efetivaremos junto ao gestor da UBS a presença de estoque de medicamentos na nossa farmácia para atendimento adequado do programa de idosos.

Eixo Engajamento Público.

Ações

- Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.
- Orientar os pacientes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.
- Orientar os pacientes e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.
- Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários idosos cadastrados de ter acesso aos medicamentos Farmácia e possíveis alternativas para obter este acesso.
- Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários idosos cadastrados de ter avaliados.
- Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários idosos cadastrados acamados o com problemas da locomoção de ter avaliados.
- Orientar os pacientes e a comunidade a importância dos usuários idosos cadastrados de ter avaliados com medição de sua pressão e glicose.
- Orientar os pacientes e a comunidade a importância dos usuários idosos cadastrados com pressão arterial elevada e diabetes mellitus de ter avaliados com medição de ter avaliados.
- Orientar os pacientes e a comunidade a importância dos usuários idosos cadastrados com avaliação da necessidade de atendimento odontológico de ter avaliados.

Detalhamento:

-Programaremos medidas que priorizem a educação em saúde (rodas de conversa, grupos de HIPERDIA) com o objetivo de orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes.

-Desenvolveremos grupos de idosos quinzenalmente para acompanhamento coletivo de paciente idoso.

-Realizaremos educação em saúde, visando maior adesão ao programa de idosos e ao e controle com prevenção das complicações deste grupo.

-Efetivaremos as medidas de controle da doença e prevenção de riscos-HIPERDIA, orientando oportunamente a realização de exames complementares.

-Oportunizaremos educação em saúde na comunidade com o objetivo de esclarecer a importância da realização de exames laboratoriais com a periodicidade estabelecida no protocolo.

-Desenvolveremos grupos de idosos, com a participação dos ACS e técnicas de enfermagem para orientar aos pacientes sobre a presença dos medicamentos na farmácia popular.

Eixo Qualificação da Prática Clínica.**Ações**

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.
- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular.
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as avaliações multidimensionais.

- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as avaliações e seguimentos dos idosos cadastrados acamados e com problemas da locomoção.
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre o controle da pressão arterial e glicose dos idosos cadastrados.
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre o controle da pressão arterial sistêmica e diabetes mellitus dos idosos cadastrados.
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre o controle da avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos idosos cadastrados.

Detalhamento:

- Facilitaremos cursos de capacitação sobre a realização de exame clínico apropriado e solicitação de exames complementares segundo protocolo adotado.
- Capacitaremos e atualizaremos a todos os profissionais integrantes da equipe e o NASF para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/idosos nas reuniões semanais.

Ações do Objetivo 3: Adesão**Organização e Gestão do Serviço****Ações**

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos
- Organizar a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento:

- Ampliaremos e daremos continuidade aos segmentos nos Programas de idosos, captando mais clientes por meio de visitas domiciliares organizadas dos ACS juntamente com as técnicas de enfermagem.
- Efetivaremos as medidas de controle da doença e prevenção de riscos, oportunizando atendimento multiprofissional, triagem e educação em saúde aos idosos provenientes das buscas domiciliares.

Eixo Monitoramento e Avaliação

Ações

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento:

-Criaremos o arquivo para o controle do monitoramento das consultas previstas.

-Garantiremos espaços na UBS e na comunidade mesma para realização das atividades (consultas, educação em saúde, demais atendimentos) com o objetivo de lograr o cumprimento da periodicidade das consultas como está previsto no protocolo.

-Intensificaremos/manteremos as ações promovidas com os profissionais da saúde para que estes sejam motivadores na ampliação do serviço idosos.

Eixo Engajamento Público.

Ações

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos idosos (se houver número excessivo de faltosos).
- Esclarecer aos idosos e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento:

-Garantiremos espaços com participação comunitária, para informar sobre a importância de realização das consultas, esclarecer aos idosos e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas, possibilitando assim o controle social.

Eixo Qualificação da Prática Clínica.

Ações

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

Detalhamento:

-Realizaremos cursos de treinamentos dos ACS segundo protocolo de idosos para brindar uma orientação de qualidade a nossos idosos quanto á realização das consultas e sua periodicidade.

Ações do Objetivo 4 - Registro

Eixo Organização e Gestão do Serviço

Ações

- Manter as informações do SIAB atualizadas.
- Implantar planilha/registro específico de acompanhamento.
- Pactuar com a equipe o registro das informações.
- Definir responsável pelo monitoramento registros.
- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.
- Manter as informações do SIAB atualizadas.
- Implantar planilha/registro específico da caderneta de saúde.
- Pactuar com a equipe o registro das informações.
- Definir responsável pelo monitoramento registros.
- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na distribuição das cadernetas.

Detalhamento:

-Organizaremos um livro de registro que viabilize as informações do SIAB atualizadas, o registro das informações coletadas, as situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco.

-Concretizaremos a coleta de dados e análises estatísticas na UBS pactuando desta forma o registro de todas as informações.

-Definiremos o responsável pelo monitoramento registros.

Eixo Monitoramento e Avaliação

Ações

- Monitorar a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na unidade de saúde.
- Monitorar a distribuição dos registros da caderneta de saúde da pessoa idosa cadastrada na unidade de saúde.

Detalhamento:

-Intensificaremos a monitorização da qualidade dos registros dos idosos acompanhados na unidade de saúde, revisando semanalmente os dados obtidos.

Eixo Engajamento Público.

Ações

- Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.
- Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos de ter cadernetas de saúde.

Detalhamento:

-Garantiremos e brindaremos aos pacientes e a comunidade orientações precisas sobre seus direitos em relação á manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário, através das atividades de sala de espera.

Eixo Qualificação da Prática Clínica.

Ações

- Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos idosos.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.
- Treinar a equipe no preenchimento de todas as cadernetas de saúde necessário ao acompanhamento das pessoas idosas.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado das cadernetas de saúde em todas as consultas.

Detalhamento:

-Usaremos os mídias necessários como colocação de vídeos que expliquem o correto preenchimento dos registros para acompanhamento dos idosos a finais de cada reunião semanal

-Capacitaremos a todos os integrantes da equipe em quanto ao registro adequado dos procedimentos clínicos nas consultas.

Ações do Objetivo 5 – Avaliação de Risco

Eixo Organização e Gestão do Serviço

Ações

- Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco de morbidade.
- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.
- Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como frágeis.
- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento:

-Oportunizaremos espaços de atendimento multiprofissional, triagem e educação em saúde, para priorizar o atendimento dos idosos.

-Garantiremos locais na UBS e na comunidade mesma para realização das atividades (consultas, educação em saúde, demais atendimentos), para atendimento adequado desta demanda.

Eixo Monitoramento e Avaliação

Ações

- Monitorar o número de pacientes idosos cadastrados com risco de morbidade por ano.
- Monitorar a presença de indicadores de fragilização na velhice dos idosos cadastrados por ano

Detalhamento:

-Intensificaremos o monitoramento de pacientes idosos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano em visitas domiciliares pelos ACS e técnicas de enfermagem e nas consultas pelo enfermeiro e médico.

Eixo Engajamento Público.

Ações

- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.
- Esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).
- Orientar os usuários quanto ao seu nível de fragilidade e à importância do acompanhamento regular.
- Esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle da vulnerabilidade dos idosos frágeis.

Detalhamento:

- Intensificaremos/manteremos as ações promovidas com os participantes para que estes sejam motivadores na ampliação do conhecimento de níveis de risco.
- Desenvolveremos um grupo de idosos quinzenalmente, onde explicaremos detalhadamente à importância do acompanhamento regular.
- Programaremos as medidas necessárias para priorizar a educação em saúde (rodas de conversa, grupos de idosos) para lograr a diminuição à exposição aos fatores de risco modificáveis, orientando uma alimentação saudável, realização de exercício físico etc.

Eixo Qualificação da Prática Clínica.

Ações

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Farinham ou de lesões em órgãos alvo.
- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.
- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.
- Capacitar a equipe para realizar estratificação os idosos frágeis.
- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

Detalhamento:

-Realizaremos cursos de capacitação para toda a equipe em conjunto para adquirir os conhecimentos adequados referentes à estratificação de risco segundo o escore de Farinham ou de lesões em órgãos alvo, sobre a importância do registro desta avaliação e em quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Ações do Objetivo 6 – Promoção da Saúde

Eixo Organização e Gestão do Serviço

Ações

- Organizar a agenda da atenção a saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao idoso cadastrado.
- Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico.
- Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes pacientes.
- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.
- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento:

- Priorizaremos o atendimento odontológico para este grupo prioritário.
- Efetivaremos e demandaremos junto ao gestor da UBS a presença do odontólogo na equipe a cada quinzena para atendimento de nossas micro áreas com maior nº de idosos.
- Estabeleceremos as prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico.
- Realizaremos palestras monitoradas com pessoal qualificado para brindar orientações precisas acerca de alimentação saudável.
- Efetivaremos e demandaremos junto ao gestor da UBS a presença de nosso nutricionista na equipe a cada quinzena para atendimento de nossas micro áreas com maior numero de idosos.
- Planificaremos estratégias para lograr o atendimento deste grupo priorizado pelo nutricionista da área já seja na consulta agendada para nutricionista na UBS o pelo nutricionista nas visitas domiciliares nos casos que o requeiram.

-Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

-Efetivaremos junto ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Eixo Monitoramento e Avaliação

Ações

- Monitorar a realização das orientações de higiene bucal os idosos cadastrados.
- Monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis os idosos cadastrados.
- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos idosos cadastrados.

Detalhamento:

-Realizaremos busque-a ativa dos idosos que não tem a realização de consultas periódicas anuais com o dentista nas visitas domiciliares e consultas de idosos na UBS.

-Planificaremos estratégias para lograr o atendimento deste grupo priorizado pelo serviço de odontologia nas consultas periódicas anuais.

-Realizaremos busque-a ativa dos idosos que não tem a realização de consultas pelo nutricionista da área.

-Planificaremos estratégias para lograr o atendimento deste grupo priorizado pelo nutricionista da área já seja na consulta agendada para nutricionista na UBS o pelo nutricionista nas visitas domiciliares nos casos que o requeiram.

-Orientaremos a realização de exercícios físicos regularmente com a monitorização da mesma.

-Solicitaremos a presença de um profissional de eficiência física (educador físico) que monitore a correta realização de atividade física e realize orientação precisa sobre a realização dos mesmos.

-Monitoraremos a educação em saúde em relação com o tabagismo aos idosos.

Eixo Engajamento Público

Ações

- Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde.
- Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista.
- Orientar os idosos cadastrados e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.
- Orientar os idosos cadastrados e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Detalhamento:

-Mobilizaremos aos líderes formais e não formais da comunidade com o objetivo de lograr parcerias na comunidade, para reforçar a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde com um adequado controle social.

-Mobilizaremos a comunidade junto aos gestores municipais para lograr garantir a disponibilização do atendimento com dentista.

-Garantiremos a orientação de nossos idosos em quanto à importância da alimentação saudável, importância da prática de atividade física regular e existência de tratamentos para abandonar o tabagismo nas visitas domiciliares e nas consultas na UBS.

Eixo Qualificação da Prática Clínica.

Ações

- Capacitar a equipe para a realização das orientações de higiene bucal os idosos cadastrados.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento:

-Realizar capacitações para toda a equipe em quanto à avaliação e tratamento bucal dos idosos, a prática de alimentação saudável, a metodologias de educação em saúde, a promoção da prática ao tratamento de pacientes tabagistas.

2.3.2 Indicadores

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

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com acesso cuja prescrição é priorizada para Farmácia Popular

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 2.8 Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus.

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

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

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

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

Indicador 2.10 Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

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

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

Indicador 3.1 Proporções 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.

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

Numerador: Número de fichas espelho com registro atualizado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com orientação sobre higiene bucal.

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

2.3.3 Logística

Começaremos nossa intervenção com a capacitação sobre o Caderno de Atenção Básica Número 19, do Ministério da Saúde, Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, responsabilizado pela médica para que toda a equipe utilize esta referência na atenção dos idosos. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto será reservada 2 horas ao final de cada semana, toda a sexta-feira, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe e avaliação dos dados do cadastramento. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e explorará o conteúdo junto aos outros membros da equipe, fazendo ênfase aos temas de controle e tratamento dos hipertensos, diabéticos, acamados e ao preenchimento das cadernetas de saúde.

Para viabilizar a ação de acolhimento dos Idosos, o serviço será realizado pela técnica de enfermagem. Idosos com atraso nas consultas serão atendidos no mesmo turno para evitar o não retorno às consultas por serem pessoas geralmente com dificuldade na motilidade, avaliação realizada pela medica. Idosos com problemas agudos serão atendidos no mesmo turno, atendimento responsabilizado pela medica, para agilizar o tratamento e evitar complicações e os idosos que buscam atendimento para controle de doenças crônicas para obter o tratamento terão prioridade no agendamento, sendo que a demora deverá ser menor do que três dias. Os idosos que vierem à consulta sairão da UBS com a próxima consulta agendada e indicação de exame complementar para o controle e busca ativa de doenças crônicas e outras doenças, indicação realizado por os médicos das três equipes de saúde, assim como o agendamento para a avaliação pela equipe do NASF segundo a avaliação realizada, sendo responsável a técnica de enfermagem.

Para acolher a demanda dos pacientes idosos que tem doenças crônicas não é necessário modificar o agendamento, serão priorizadas para pronto atendimento com seis consultas/dia reservadas para idosos que não tem cadastramento e que constituem incidências de doenças crônicas descompensadas, assim como a necessidade de atendimento.

Para sensibilizar a comunidade, temos que informar sobre a existência do Programa de Atenção aos idosos da unidade de saúde, orientando sobre a importância do rastreamento dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmhg e glicose elevada, sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes. Também informaremos a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente e abordaremos em palestras na comunidade e também na sala de espera, quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Todas as orientações prestadas aos idosos serão realizadas conforme calendário elaborado pelas equipes de saúde, como objetivo de fornecer todas as informações necessárias para os idosos que serão acompanhados durante a intervenção, realizando palestras na igreja, na sala de espera, promovendo ações como caminhadas nos fins de semana.

Faremos contato com a associação de moradores e com os representantes da comunidade nas duas igrejas da área de abrangência e apresentaremos o projeto para conseguirmos o apoio destes líderes na divulgação do projeto. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a captação de idosos e de esclarecer a população sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional.

O monitoramento dos idosos cadastrados será realizado periodicamente, com a avaliação de todas as ações realizadas no decorrer da intervenção, verificando se o idoso realizou a avaliação da necessidade de atendimento odontológico, e se houve problemas na entrega dos medicamentos da farmácia da UBS, assim como faremos o controle de estoque (incluindo validade) destes medicamentos. Monitoraremos e asseguraremos a existência de uma porta aberta do serviço para atenção clínica continuada às pessoas idosas, com o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no Caderno de Atenção Básica, Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa (consultas em dia), a realização das orientações de higiene bucal os idosos cadastrados, a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, a realização de orientação para atividade física regular.

Semanalmente a enfermeira examinará as fichas-espelho (ANEXO A) dos idosos identificando aquelas que estão com consultas, exames clínicos, exames laboratoriais ou vacinas em atraso, identificando os acamados e com necessidade de algum atendimento. Para conhecer a necessidade de atendimento odontológico iremos a utilizar uma ficha complementar (Apêndice A), elaborada pelo médico para uso do odontólogo da UBS, onde coletaremos os seguintes dados: necessidade de atendimento odontológico e exame bucal realizado, entre outros. O agente comunitário de saúde fará busca ativa dos idosos com atraso a consultas, estima-se seis buscas por semana totalizando 24 buscas por mês. Ao fazer a busca já agendará o idoso para um horário de sua conveniência. Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha de coleta de dados disponibilizada pelo curso de especialização Saúde da Família (ANEXO B).

2.3.4 Cronograma

3. Relatório da Intervenção

A intervenção foi realizada entre os meses de setembro e dezembro de 2014 na UBS Pedrinhas, com os idosos residentes na área de abrangência da UBS, correspondente às três equipes de saúde da família que ali trabalham.

3.1. Ações previstas e desenvolvidas - facilidades e dificuldades.

As ações se realizaram desde o primeiro dia e durante dezesseis semanas, começando pela identificação e cadastramento dos idosos residentes na área adstrita da UBS. O cadastramento só foi possível através do empenho dos profissionais das três equipes de saúde da família com o trabalho de busca ativa dos ACS para trazer os idosos a UBS. Foi organizado com as equipes que o atendimento clínico nas consultas seria realizado de forma integral, com a avaliação multidimensional rápida, avaliação do risco de morbimortalidade e fragilidade, assim como a indicação dos exames laboratoriais preconizados para cada caso e a prescrição dos medicamentos controlados para quem necessitasse.

A avaliação odontológica foi oferecida a todos os idosos cadastrados no projeto e conforme esta avaliação, os mesmos realizavam o acompanhamento com a odontologia da UBS, tivemos algumas dificuldades para que os idosos recebessem o atendimento odontológico, devido a grande demanda desse profissional na UBS, o que limitava um pouco o número de consultas para a população idosa.

Durante as 16 semanas de intervenção foram realizadas orientação nutricional e quanto à importância da prática de atividade física, entre outros temas na sala de espera da UBS atividade que se realiza três vezes por semana em horários da manhã e da tarde Para o atendimento das demandas espontâneas, que chegam porque ficam doentes ou porque são chamados para seu controle, realizaram-se mudanças na agenda de trabalho, disponibilizando uma consulta a mais para os idosos, para que sempre sejam acolhidos pela equipe e assim

aproveitamos também para avaliar os resultados de exames laboratoriais, como também realizar o rastreamento para Hipertensão.

Continuamos trabalhando em conjunto com a comunidade na busca das melhores soluções aos problemas de nossos usuários, planejamos ações de saúde em varias de nossas microáreas de atuação que foram ótimas, já que como temos acostumado aproveitamos este marco ao máximo e pretendemos continuar realizando diversas atividades, como rodas de conversa, pois este tipo de atividades com certeza sempre são frutíferas e permiti-nos ter maior aproximação a este grupo e nos ajuda a indicar o melhor acompanhamento aos nossos idosos.

Tivemos outras atividades muito importantes, animadas e frutíferas com este grupo de idade, participando de caminhadas todos em conjunto com as outras equipes de saúde, sendo avaliado como o excelente por uma grande quantidade de idosos que logramos unir, e a sua vez, logrando recuperar usuários para o cadastramento e atendimento para nossa intervenção, realizou atividades com os idosos da área de abrangência com participação do NASFI e outros profissionais da UBS, conversamos com nossos idosos, escutamos suas preocupações, alguns líderes comunitários organizaram um lanche, só com alimentos saudáveis, propiciando assim mais um espaço para falar do tema alimentação saudável, marco que sem dúvida aproveitamos ao máximo, se realizou práticas de exercícios físicos em conjunto, tudo aconteceu de forma organizada para nossa satisfação e do resto dos profissionais que participaram e mais uma vez permitiu nos interagir com a comunidade e um grande grupo de idosos.

Realizaram-se, além disso, as visitas domiciliares, aumentando o numero de pessoas cadastradas e avaliadas sendo realizadas duas vezes por semana, ação que é realizada por toda a equipe de saúde, desenvolvendo as conversas, esclarecimento de duvidas, monitoramento e avaliação dos exames laboratoriais e pressão arterial, e continuidade nos tratamentos das doenças crônicas. Logrou-se durante as visitas domiciliares um cadastramento maior de usuários portadores de doenças crônicas, evitando assim complicações, assim como realizamos a identificação dos idosos acamados que não eram acompanhados pela equipe de saúde devido à dificuldade de se deslocarem até a UBS. Todos os idosos

acamados foram identificados na ficha espelho para que as visitas domiciliares fossem realizadas periodicamente conforme a indicação de cada caso.

Foram feitas atualizações das informações do SIAB, atividade que foi realizada pela Enfermeira da equipe mensalmente na secretaria de Saúde. Realizaram-se a busca ativa dos idosos faltosos às consultas diariamente, sendo os principais protagonistas desta tarefa os ACS, apesar de ter em varias semanas alguns idosos ausentes, logrou-se recuperar estes usuários faltosos, mas não foi um problema mantido, porque dia a dia se trabalhou para que todos os idosos fossem avaliados, além disso, se efetuaram capacitações a estes profissionais da saúde e assim foi possível elevar este indicador. Realizaram-se capacitações aos profissionais de saúde integrados por os trabalhadores do NASF, ACS, técnicas de enfermagem, enfermeira, entre outros, como estava planejadas no cronograma, não mantendo sempre o 100% da assistência, por razões de trabalho, oferecendo temas como a alimentação saudável dos idosos, prática de exercícios físicos, caídas no domicilio, o cadastramento, o papel de cada profissional na ação programática, busca ativa dos idosos faltosos às consultas, pesquisa de Hipertensão e Diabetes Mellitus.

Procuramos trabalhar diariamente na sala de espera com o grupo de idosos, assim como nas ações de saúde, nas visitas domiciliares, nas consultas medicas, conversas com temas de prevenção e promoção a saúde de vital importância para esta faixa etária, como, alimentação saudável e nutrição, uso correto de medicamentos, prática de exercícios físicos, higienização bucal e de prótese dentarias, alcoolismo, doenças crônicas não transmissíveis como hipertensão arterial e diabetes, higiene e cuidado dos alimentos, riscos de acidentes, entre outras. Logramos manter a participação dos trabalhadores do NASF semanalmente nas quartas feiras apoiando a ação programática com consultas de psicologia, fisioterapia, assistência social, nutricionista, educador físico.

Os monitoramentos das ações se efetuaram semanalmente, sempre contando com a quantidade necessária das fichas espelhos para manter o preenchimento continuo das mesmas, a cada semana fizemos uma reunião com toda a equipe, apesar de em algumas reuniões não ter acontecidos, mas se deu continuidade em avaliar o trabalho realizado durante a semana, esclarecer as

duvida, e fazer análise das ações que não tínhamos cumprido por diferentes razões, oferecendo-lhe prioridade. Monitorava-se a realização do preenchimento na planilha coleta de dados, que durante as dezesseis semanas foram feita pela médica, e assim ter conhecimento do comportamento dos indicadores.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas – facilidades e dificuldades

Houve ações previstas que foram desenvolvidas parcialmente, mas se lograram realizar em maior quantidade nas ultimas semanas da intervenção, como, a realização dos exames laboratoriais na totalidade dos idosos, e aconteceu por razões que não dependiam de nossa gestão, analisando que se trata de pessoas maiores de 60 anos com dificuldade para a deambulação, moradores em micro áreas com barreiras arquitetônicas, situação desfavorável das ruas. Por outra parte, não contamos com grandes quantidades de laboratórios para cobrir todas as necessidades dos usuários, também enfrentamos demora nas informações dos resultados, aspecto negativo para obter um indicador satisfatório na ação programática, para enfrentar estes problemas nos reunimos com os profissionais do departamento de laboratório da UBS, para facilitar a visita e coletas das amostras aos usuários mais necessitados, fiz varias propostas para facilitar o acesso aos idosos descapacitados, mas nunca tive resposta.

Outra ação ou dificuldade que se apresentou a cada semana foi à realização da primeira consulta odontológica, provocada pela falta de odontólogos em nossos serviços oferecendo este atendimento, só um odontólogo para três equipes de saúde, além disso, os usuários tinham dificuldade de agendar atendimento pela grande demanda do profissional odontológico e infelizmente é impossível de solucionar pelo momento, devido à falta de odontólogos a cobrir esta vaga.

Não conseguiremos brindar a toda a população idosa cadastrada no projeto as cadernetas de saúde, por não estar disponíveis e suficientes na secretaria de saúde, infelizmente não foi possível que todos os idosos estivessem, com o preenchimento total desta caderneta, que cada usuário deve ter para avaliar o seguimento das consultas e visitas a seus domicílios, como das medições antropométricas. Durante toda a intervenção procuramos semanalmente cobrar respostas da gestão municipal, esta situação esta sendo avaliada e analisada por diferentes funcionários da secretaria de saúde e até agora não se solucionou, só

obtivemos um número razoável de cadernetas porque algumas delas conseguimos através de outras equipes de saúde.

Tivemos deficiências na realização da pesquisa de DM, por não ter disponíveis os glicosímetros, e materiais para realizar o exame capilar, nas primeiras semanas da intervenção os materiais não foram suficientes e nos impossibilitou continuar com esta ação, também procuramos a gestão municipal para que as medidas fossem tomadas quanto à compra de mais aparelhos glicosímetros e materiais para realizar a coleta de sangue capilar, mas não tivemos bons resultados, porque não tinham disponíveis.

Podemos afirmar que não há ações planejadas que não foram desenvolvidas, todas as ações foram desenvolvidas, o que aconteceu é que nem todas puderam ser realizadas integralmente, conforme relatado anteriormente. Procuramos seguir o cronograma proposto semana a semana, e quando não foi possível realizar alguma ação prevista planejada naquela semana, imediatamente era programada para ser realizada na próxima semana, assim não ficamos com ações pendentes durante a intervenção.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, e cálculo dos indicadores, não encontramos grandes dificuldades, só algumas problemáticas que no caminho foram se dando solução, como o preenchimento errado dos dados e entrega das fichas espelhos por parte dos outros médicos das outras equipes, planilhas que desde o início foram distribuídas as três equipes de saúde. Na Planilha coleta de dados não tivemos grandes dificuldades, só alguns erros no preenchimento de dados numéricos, que foram corrigidos imediatamente seguindo as indicações de minha orientadora. Semanalmente a atividade era realizada por mim e pela enfermeira da equipe, obtendo por consequente a análise dos indicadores.

3.4 Viabilidades da incorporação das ações à rotina de serviços

Posso afirmar que o trabalho continuara na UBS, temos uma panorâmica do funcionamento do Programa do Idoso na nossa área e temos logrado pôr em prática nossas ideias, sempre registrando cada detalhe, e logrando a continuidade da ação, não somente buscando um resultado, sempre pensando que o logro não é realizar uma ação de dezesseis semanas, sino uma Intervenção para que fique implementada para sempre no funcionamento da UBS.

Já fizemos planejamento para a realização de outras atividades com este grupo de idosos, esperando obter maiores resultados e assim lograr cadastrar um número maior destas pessoas tão vulneráveis na comunidade. Foi inserida na rotina da UBS a realização de atividades de educação no serviço, com o fim de estabelecer um cronograma de capacitações que contribua a proporcionar uma melhor superação profissional e um maior conhecimento acerca dos temas atualizados e de interesse coletivo, possibilitando reforçar o compromisso e as atribuições inerentes a cada profissional da saúde. Além disso, se estabeleceu um cronograma de conversas nas salas de esperas e ações de saúde, com temas importantes de educação e promoção para todas as pessoas desta faixa etária.

Temos programado mensalmente, ações de saúde nas microáreas com situações desfavoráveis mais significativas e de crítica higienização, dar continuidade à prática de exercícios físicos, realização de conversas para educação em saúde, entre outras ações que no caminho se irão solucionando.

Tenho a certeza que continuaremos trabalhando para lograr cadastrar um número maior de idosos que o registrado atualmente, e assim contribuir para a melhoria na saúde destas pessoas, tendo sempre uma ótima disposição e vontade de mudar os indicadores atuais.

Abaixo apresento fotografias dos momentos mais representativos da Intervenção:



Figura 1: Atendimento ao idoso: avaliação dos exames complementares



Figura 2: Atendimento ao idoso: avaliação clínica



Figura 3: Atendimento ao idoso: entrega da caderneta do idoso



Figura 4: Capacitação da equipe



Figura 5: Atividade de Educação em Saúde



Figura 6: Atividade de Educação em Saúde – prática de exercícios físicos



Figura 7: Rastreamento para hipertensão



Figura 8: Visita Domiciliar para Idoso



Figura 9: Visita Domiciliar para idoso acamado



Figura 10: Grupo de idosos



Figura 11: Atendimento a uma das idosas cadastradas



Figura 12: Visita Domiciliar na área de abrangência da UBS



Figura 13: Visita Domiciliar a idoso portador de deficiência



Figura 14: Caminhada realizada com os idosos da UBS

4. Avaliação da Intervenção

4.1. Resultados

Nossa UBS tem uma área de abrangência que abarca os bairros das Pedrinhas e Araxá, composta por três equipes de saúde e nenhuma das equipes teve mudanças desde o início ao final da intervenção. A população da área adstrita da UBS é de 10.750 habitantes, com uma estimativa de 1.075 usuários idosos, tendo um subregistro no começo da intervenção, já que apenas 235 usuários estavam identificados nas três ESF, mas não acompanhados pela equipe de forma organizada, com uma cobertura de 21,9%.

Durante a realização do projeto foram avaliados 397 idosos nas dezesseis semanas da intervenção, predominantemente do sexo feminino com 236 mulheres (59,4%). Também destacamos que 56% dos usuários acompanhados tem a cor da pele parda.

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 80%.

Indicador 1: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.

A proporção de idosos cadastrados foi aumentando gradualmente, mas não foi possível o alcance da meta proposta de 80%, devido a que temos uma parte da população que pela natureza tem áreas de ribeirinha e os usuários ficam em constantes mudanças, além disso, temos áreas de alto índice de violência e não é possível chegar até esses moradores. Resultando que no primeiro mês foram

cadastrados 84 idosos 7,8%, no segundo mês de intervenção chegamos a 158 idosos 14,7%, no terceiro mês cadastramos 240 idosos com 22,3% de cobertura, e no quarto mês chegamos a 397 usuários acompanhados, totalizando 36,9% de cobertura. A evolução deste indicador está apresentada na Figura 15.

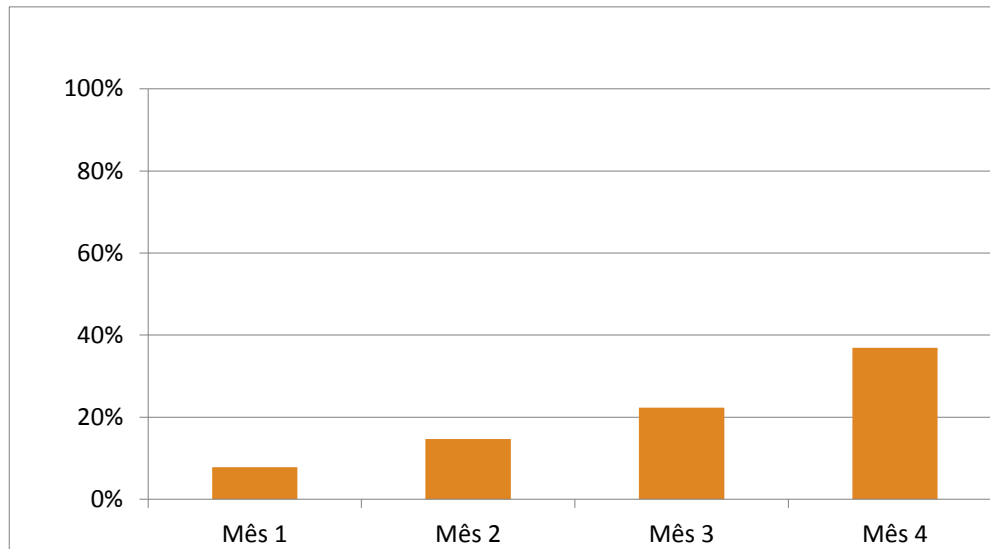


Figura 15: Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na UBS das Pedrinhas, Macapá/AP, 2015.

A ação que mais impactou no cadastramento dos usuários idosos de toda a área adstrita da UBS foi o acompanhamento por parte dos agentes comunitários de saúde que realizavam visitas domiciliares procurando os usuários para a consulta. Os usuários que não foram cadastrados nestes quatro meses serão rastreados pelos ACS, para que nos próximos meses tenhamos 100% dos idosos identificados, com registro na UBS. Temos conhecimento que uma considerável proporção de idosos realiza o acompanhamento de sua saúde nas redes privadas.

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

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

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

Na análise quanto à proporção de idosos com Avaliação Multidimensional rápida em dia, identificamos um crescimento de 12% desde o início da intervenção

até o final do quarto mês. No primeiro mês foi realizada a avaliação multidimensional de 74 usuários, chegando a 88,1% em relação ao total de idosos cadastrados, no segundo mês foram 146 usuários avaliados 92,4%, no terceiro mês chegamos a 237 idosos avaliados 98,8% dos cadastrados, já no quarto mês de intervenção foi possível realizar a avaliação em 100% dos usuários cadastrados, que foram 397.

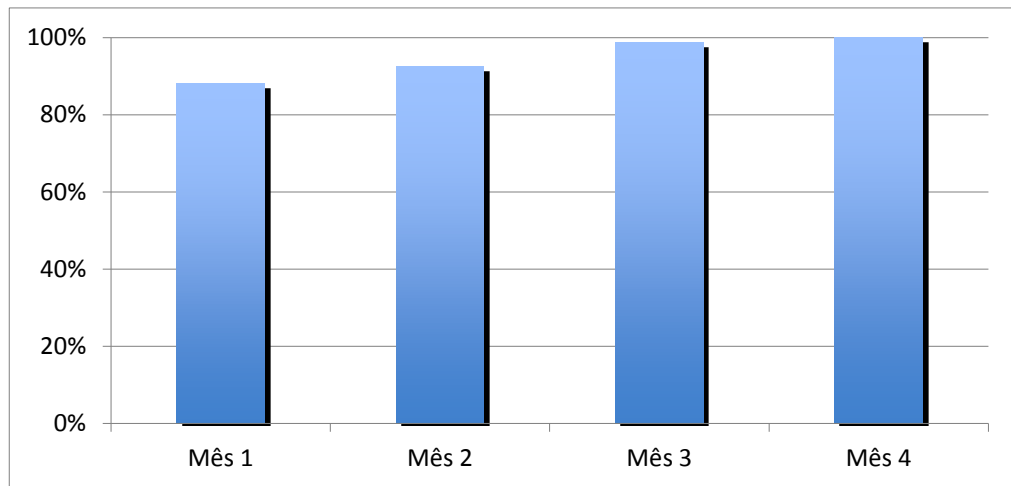


Figura 16. Gráfico indicativo da proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia na UBS Pedrinhas, Macapá/AP, 2015.

Fizemos muitas ações para que a avaliação multidimensional tivesse bons resultados, como o agendamento por parte das técnicas de enfermagem para toda a semana, priorizando os idosos nos atendimentos da UBS, inclusive, deixando vagas para consultas em demandas espontâneas. Também é importante destacar que a equipe foi capacitada para realizar a avaliação multidimensional conforme preconizado pelo MS.

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

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

Os resultados apresentados a seguir se referem à proporção de idosos com exame clínico em dia durante a intervenção, apresentados na figura 17.

No primeiro mês dos 74 usuários cadastrados com exame clínico apropriado, logramos obter 88,1%, no segundo mês 92,4% dos 146 cadastrados e no terceiro

mês dos 237 usuários cadastrados, obtivemos 98,8% com exame clínico. No quarto mês foi possível o alcance do indicador, pois 100% dos 397 idosos cadastrados estão com o exame clínico em dia, se observamos os gráficos vamos ver que a proporção destes usuários com exame clínico em dia aumentou em relação ao primeiro mês da ação, com um acréscimo de 12%. Nestes dois primeiros meses admito que os resultados não fossem preenchidos corretamente, por isso resultou o dado erroneamente obtido, e logramos recuperar no quarto mês o 100%.

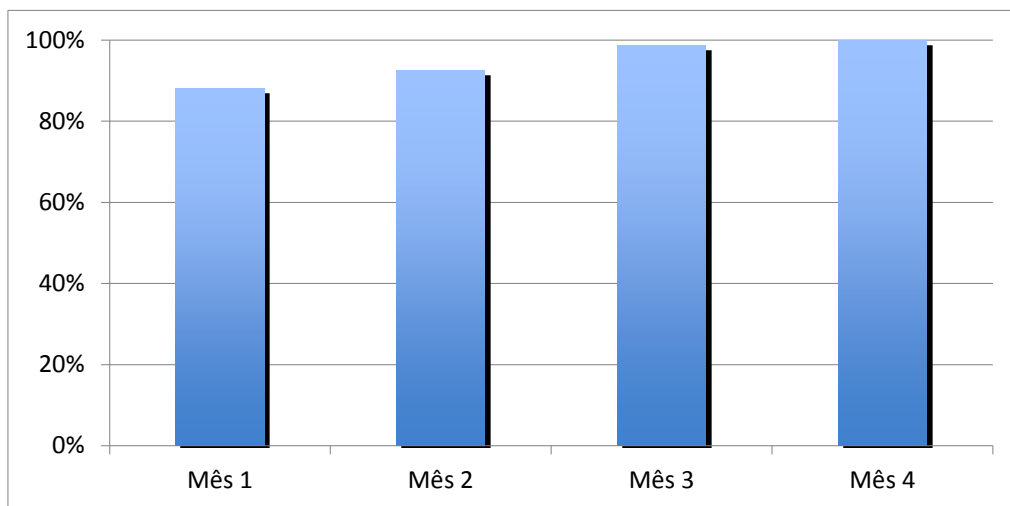


Figura 17. Gráfico indicativo da proporção de idosos com exame clínico apropriado na UBS Pedrinhas, Macapá/AP, 2015.

A ação que mais repercutiu para que os idosos tivessem o exame clínico apropriado, foi o trabalho dos três médicos das equipes, tanto nas consultas como nas visitas domiciliares. Os médicos foram capacitados no início de intervenção para realização do exame clínico nos idosos de acordo com o preconizado pelo MS. E todos os 397 usuários cadastrados estão com exame clínico em dia.

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

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

Em relação à proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares em dia de acordo ao protocolo, o indicador manteve-se em 100% durante os quatro meses de intervenção. Os usuários crônicos foram sendo identificados mês a mês, no primeiro mês foram 47 idosos, no

segundo mês 74 idosos, no terceiro mês 108 idosos e no quarto mês 214 com doença crônica (hipertensão e/ou diabetes).

Tínhamos como meta a solicitação de exames complementares periódicos a todos os usuários cadastrados identificados como hipertensos e/ou diabéticos, ação que foi realizada pelos médicos e enfermeiras das três equipes, ação cumprida desde o início da ação programática.

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

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

Em relação aos idosos cadastrados que utilizavam medicamentos da Farmácia Popular, no primeiro mês a proporção foi de 56% dos 47 usuários cadastrados que fazem uso de medicação pela Farmácia Popular, já no segundo mês este percentual caiu para 46,8% dos 74 usuários cadastrados, e no terceiro mês chegamos a 45,4% dos 109 usuários, apresentando uma evolução crescente no último mês para 54,2% dos 215 idosos em uso de medicação pela farmácia popular (Figura 18).

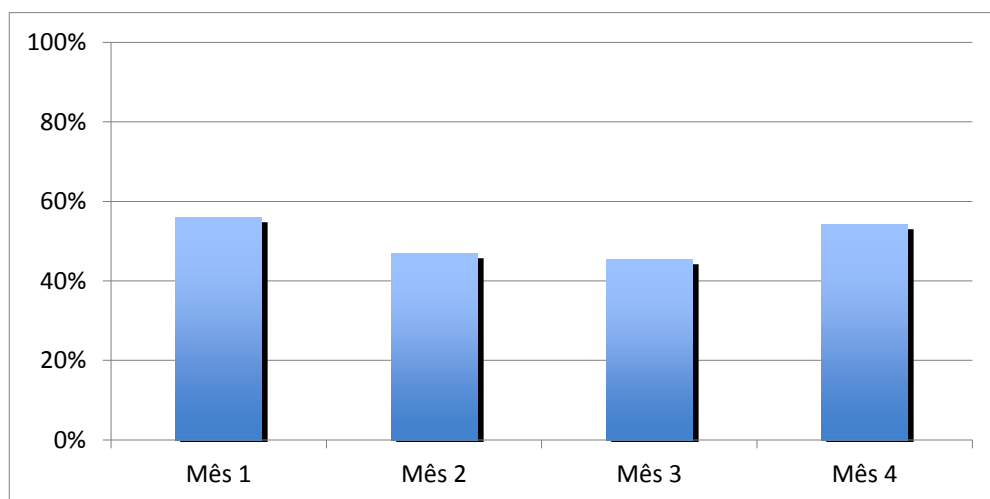


Figura 18. Gráfico indicativo da proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada na UBS Pedrinhas, Macapá/AP, 2015.

A meta proposta não foi alcançada devido alguns usuários utilizarem medicamentos que não estão disponíveis na farmácia popular e que estão com o

tratamento estável a anos, sem falar que também enfrentamos dificuldades na entrega de alguns medicamentos da farmácia popular, pois em muitos momentos não contávamos com a quantidade necessária de medicamentos para todos os idosos que faziam uso de medicação.

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

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

Durante os quatro meses de intervenção, procuramos identificar idosos residentes na área que apresentavam dificuldades de locomoção ou acamados e que não recebiam qualquer acompanhamento de saúde por parte da equipe. Conseguimos atingir 100% da meta proposta nos quatro meses de intervenção, já que todos os idosos identificados foram cadastrados.

No primeiro mês foram cadastrados 5 idosos para, no segundo mês já tínhamos 9 idosos, no terceiro mês 10 idosos cadastrados e no quarto mês identificamos 11 idosos acamados ou com problemas de locomoção que foram cadastrados junto a UBS. Como trabalhamos com a estimativa de idosos para as três equipes da UBS, é possível que tenhamos mais idosos acamados, mas nestes quatro meses de trabalho foram identificados 11 idosos. A ação que impactou no alcance desta meta, foi o trabalho dos ACS, através das visitas domiciliares, que identificaram os idosos acamados ou com problemas de locomoção.

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

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

Conforme apresentado no indicador anterior, foram identificados 11 idosos acamados na área de abrangência da UBS e todos estão cadastrados junto a UBS, com fichas espelho preenchidos. Todos os 11 idosos acamados ou com problema de locomoção (100%) receberam visita domiciliar periodicamente da equipe durante os quatro meses, e estão sendo monitorados quanto a sua saúde e convívio familiar.

As metas 2.5 e 2.6 propostas foram alcançadas através das visitas domiciliares dos ACS que identificaram os idosos acamados ou com problemas de locomoção, e visita domiciliar dos médicos e equipe de enfermagem das equipes.

Meta 2.7: Rastrear 100% dos idosos cadastrados para Hipertensão Arterial Sistêmica.

Indicador 2.7: Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta.

No primeiro mês não alcançamos 100%, pois um usuário não foi avaliado para hipertensão arterial (98,8%), mas nos demais meses, atingimos 100%, já que todos os usuários foram avaliados, no segundo mês foram 158 idosos avaliados, no terceiro mês foram 240 idosos com a pressão arterial aferida e no quarto mês foram os 397 idosos.

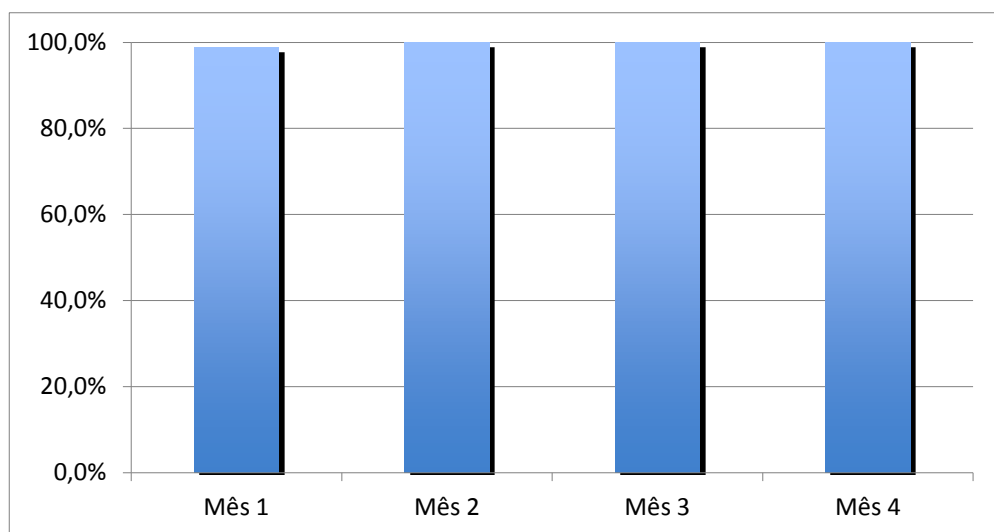


Figura 19 - Gráfico indicativo da proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta na UBS Pedrinhas, Macapá/AP, 2015.

Dentro das ações realizadas para lograr a meta proposta sobre o rastreamento dos idosos para hipertensão arterial, desde o começo da intervenção procuramos realizar a verificação da pressão arterial durante as consultas, visitas domiciliares, ações de saúde e antes das caminhadas.

O alcance desta meta só foi possível com o esforço e comprometimento dos profissionais de saúde da equipe, que realizaram a verificação da pressão arterial de todos os usuários cadastrados no programa no decorrer destes quatro meses de intervenção. Também é importante destacar que contamos com a colaboração da gestão da UBS, que nos proporcionou os aparelhos de pressão arterial calibrados para realizarmos o trabalho com fidedignidade.

Meta 2.8: Rastrear 100% dos idosos cadastrados com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para diabetes.

Indicador 2.8: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

Todos os usuários idosos (100%) com pressão arterial sustentada maior que 135/89 mmhg durante a consulta foram investigados para diabetes, sendo assim, no primeiro mês 44 idosos foram identificados para diabetes, no segundo mês foram 68 idosos, no terceiro mês foram 99 idosos e 196 foram rastreados no quarto mês de intervenção. Assim durante os 4 meses de intervenção a meta de 100% foi atingida. Os principais protagonistas que desenvolveram o rastreamento dos idosos cadastrados para hipertensão arterial e diabetes mellitus foram os médicos e enfermeiras das três equipes de saúde, com ajuda das ACS, em sua busca, ação que foi realizada, nas consultas, visitas domiciliares e ações de saúde, resultando do cumprimento desta meta.

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

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

A seguir apresentamos na figura 20 a proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, observando-se um crescimento desde o primeiro mês da intervenção, começando com 86,9% (73 idosos dos 84 cadastrados), o segundo mês e terceiro aumentou para 94,3% (149 idosos dos 158 cadastrados) e 98,3% (236 idosos dos 240 cadastrados) respectivamente, apresentando um acréscimo de 12,1% no quarto mês, chegando a 99% com 393 idosos avaliados dos 397 cadastrados. Não foi possível o alcance deste indicador,

devido quatro idosos terem viajado e não terem realizado a avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

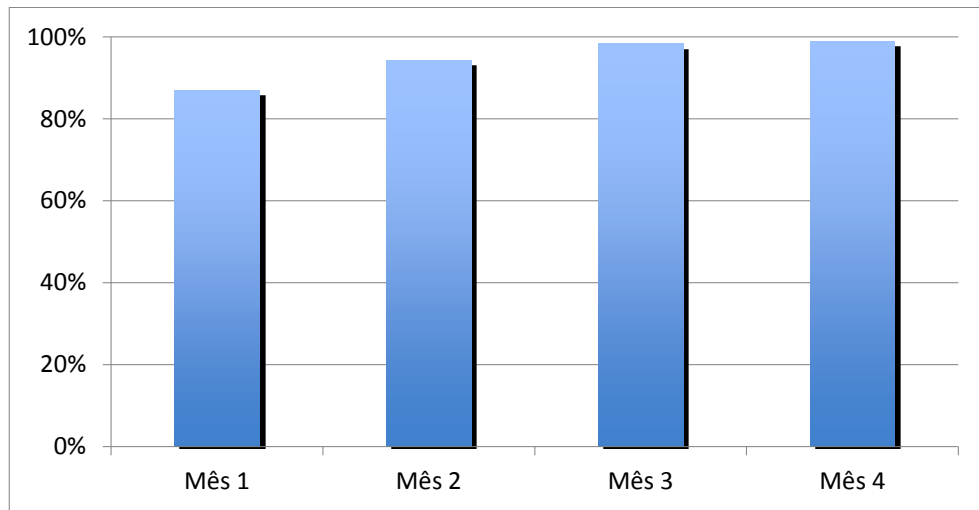


Figura 20 - Gráfico indicativo da proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Pedrinhas, Macapá/AP, 2015.

Apesar de não termos alcançado a meta proposta, foi muito positivo o trabalho desenvolvido com a equipe de saúde bucal, já que houve empenho de todos na avaliação dos idosos, mas vale ressaltar que o fato de contarmos apenas com um profissional odontólogo para atendimento das três equipes impactou nos resultados e também causou insatisfação no restante da população, já que o odontólogo priorizou os atendimentos dos idosos e gestantes na UBS.

Meta 2.10: Realizar a primeira consulta odontológica programática a todos os idosos cadastrados.

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

A proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática foi aumentando gradualmente, no primeiro mês 23 usuários dos idosos cadastrados realizaram a primeira consulta odontológica, chegando a 27,4%, aumentando o percentual no segundo mês para 73 dos 158 idosos cadastrados 46,2%, e no terceiro mês um total de 123 idosos dos 240 cadastrados, com 51,3%, já no quarto mês foram 214 idosos dos 397 cadastrados que realizaram a consulta odontológica, finalizando com 53,9%. Estes resultados obtidos foi devido ao fato de termos

somente um odontologista na UBS, e não é possível avaliar o total dos idosos cadastrados.

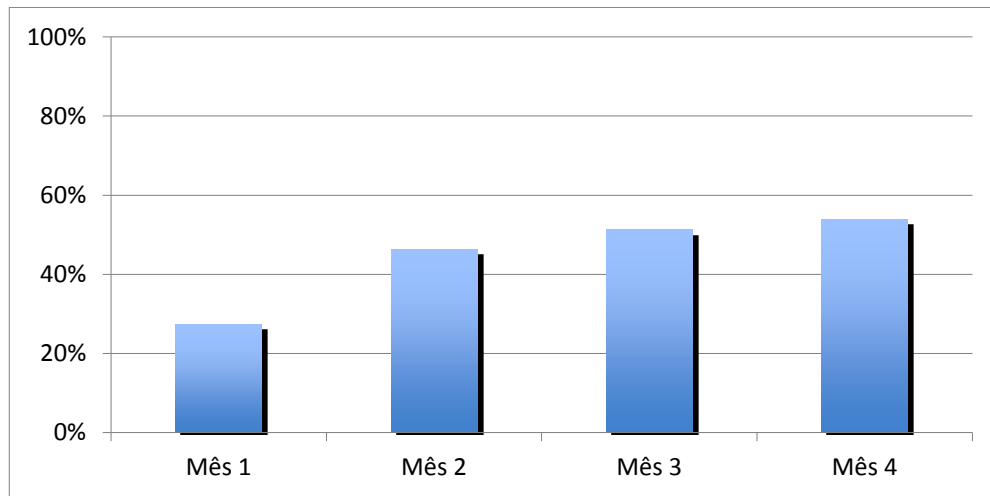


Figura 21 - Gráfico indicativo da proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática na UBS Pedrinhas, Macapá/AP, 2015.

A meta proposta de que os idosos cadastrados realizassem a primeira consulta odontológica, não foi alcançada devido à falta de profissionais odontológicos em nossa UBS, contando apenas com um odontólogo para as três equipes de saúde e uma população de 10.750 habitantes, além disso, por tratar-se desta faixa etária, e apresentar incapacidades, é difícil o deslocamento dos usuários a UBS, mas conseguimos um aumento no número de atendimentos no quarto mês e esperamos que em médio prazo os atendimentos sejam prestados a todos os idosos cadastrados.

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

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

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

Com relação à proporção de idosos faltosos às consultas com busca ativa, como se mostra na figura 22, observando-se que no primeiro e segundo mês foi realizada a busca ativa em todos os idosos faltosos, 10 idosos faltaram a consulta no primeiro mês, 14 idosos faltosos no segundo mês e 100% deles receberam busca

ativa. Já no terceiro mês só tivemos três faltosos, sendo que dois receberam busca ativa, o que representa 66,7%, e já no quarto mês não tivemos idosos faltosos.

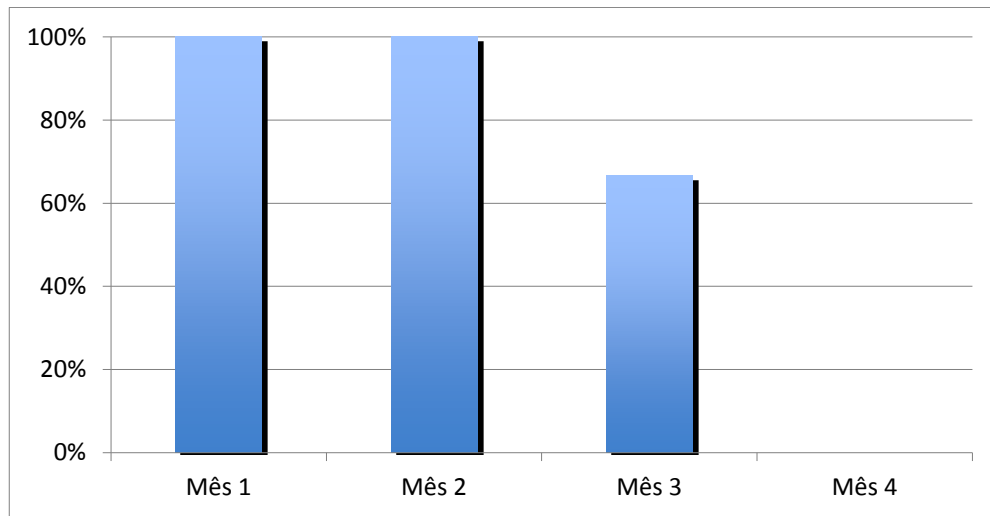


Figura 22 - Gráfico indicativo da Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa na UBS Pedrinhas, Macapá/AP, 2015.

A ação que mais impactou na busca dos usuários idosos faltosos às consultas de toda a área adstrita da equipe, foi o acompanhamento por parte dos agentes comunitários de saúde que realizavam busca ativa para chamar os usuários para a consulta, o que ficou evidente no quarto mês onde nenhum dos idosos faltou a consulta agendada.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

A análise quanto à verificação de idosos com registro na ficha espelho em dia, mostrou um crescimento neste indicador de 12% do primeiro ao quarto mês de intervenção. No primeiro mês conseguimos que 74 idosos (88,1%) estivessem com os registros adequados na ficha espelho, 146 idosos no segundo mês (92,4%) e 237 idosos (98,8%) no terceiro mês e alcançamos 100% no quarto mês com os 397 idosos com a ficha espelho adequadamente preenchida. Nos dois primeiros meses não foi possível que todos os usuários tivessem registro na ficha espelho porque ao

início não contamos com a quantidade necessária, mas já no quarto mês, foi logrado o 100%.

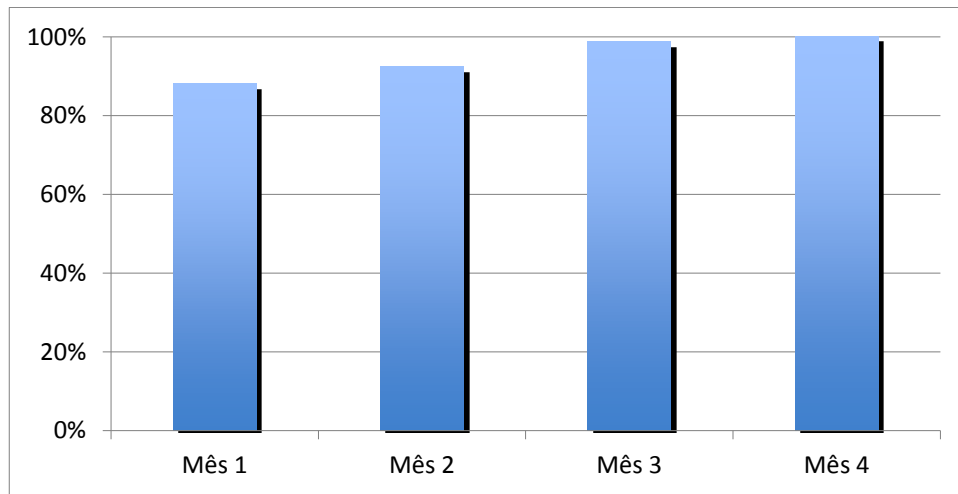


Figura 23 - Gráfico indicativo da proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia na UBS Pedrinhas, Macapá/AP, 2015.

O alcance deste indicador só foi possível pelo empenho dos profissionais médicos e de enfermagem ao preencherem a ficha espelho adequadamente, sendo merecido reforçar que a capacitação realizada no início da intervenção com os profissionais de saúde colaborou muito para que o preenchimento das ferramentas fosse realizado com qualidade.

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

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

O comportamento na proporção de idosos com caderneta de saúde da pessoa idosa foi um indicador com resultados negativos em nossa intervenção e os mesmos se mostram no gráfico abaixo. Dos 397 usuários cadastrados, só foi possível que 245 usuários recebessem a caderneta de saúde durante os quatro meses da intervenção, com 61,7% no quarto mês. É visível na figura 24 a decrescente nos percentuais, pois no primeiro mês 88,1% dos 74 idosos cadastrados receberam a caderneta, no segundo mês apenas 79,7% dos 126 idosos, e no terceiro mês esse percentual caiu ainda mais, com 69,2% dos 166 idosos com a caderneta.

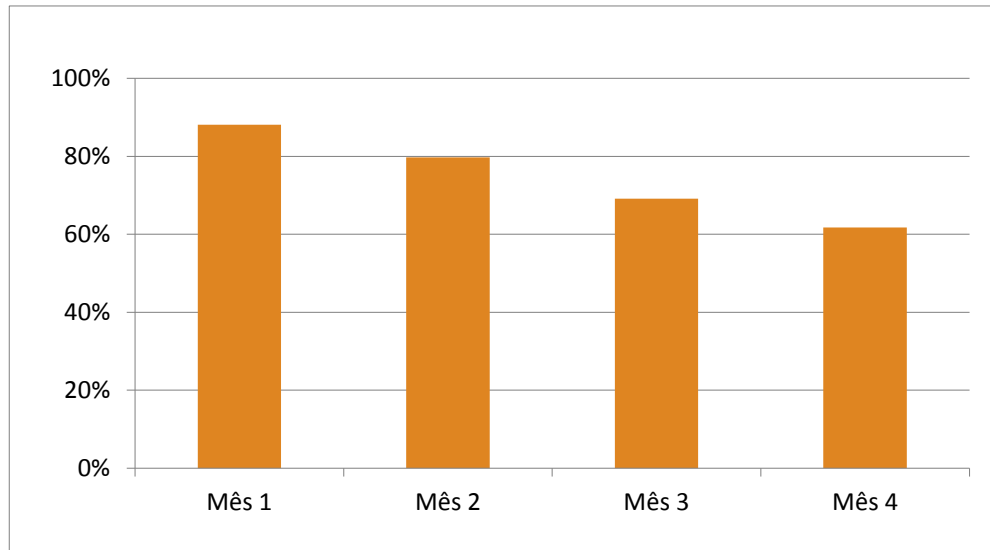


Figura 24 - Gráfico indicativo da proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa na UBS Pedrinhas, Macapá/AP, 2015.

Conforme figura acima, não foi possível distribuir a caderneta de saúde a 100% dos idosos e cumprir com a meta proposta, ação que foi deficiente por não contar com a quantidade suficiente de cadernetas de saúde nos postos de saúde e secretaria de saúde. No entanto não deixamos de fazer contato com a gestão municipal sobre a falta do material na UBS e acreditamos que nos próximos meses seja possível entregar-nos a caderneta para os idosos cadastrados.

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

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

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

Neste indicador pode-se observar uma crescente nos gráficos durante os quatro meses, no primeiro mês 88,1% com 74 usuários avaliados, no segundo mês 92,4% com 146 usuários avaliados, no terceiro mês 98,8% com 237 avaliados, já no quarto mês o total de usuários cadastrados 100% foi avaliado quanto ao risco de morbimortalidade. O indicador não se comportou de 100% nos dois primeiros meses por deficiência nos conhecimentos obtidos nas capacitações iniciais.

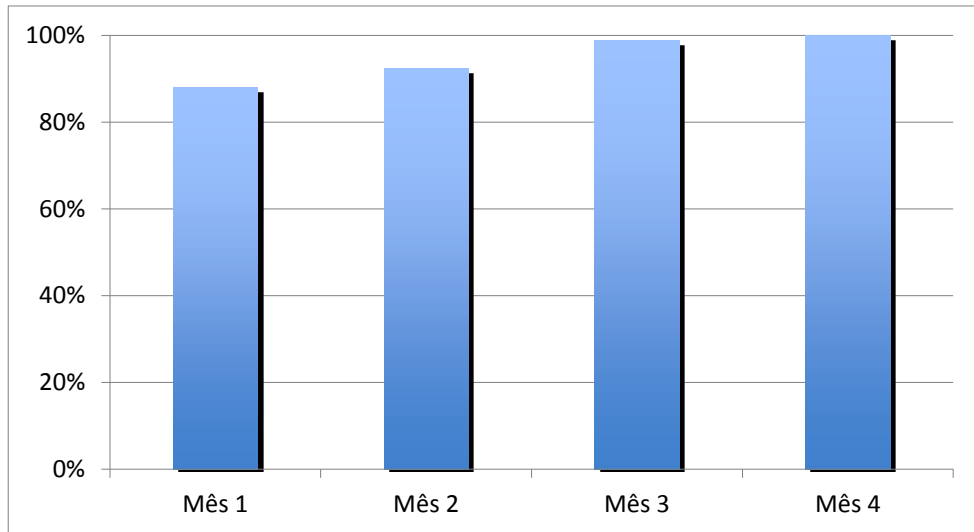


Figura 25 - Gráfico indicativo da proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia na UBS Pedrinhas, Macapá/AP, 2015.

O alcance deste indicador só foi possível pelo empenho dos profissionais médicos e de enfermagem, e monitoramento que se realizava a cada semana da intervenção, sendo importante mencionar, a capacitação realizada no início da intervenção com os profissionais de saúde.

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

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

Neste indicador pode-se observar uma crescente na figura 26 durante os quatro meses, assim como o indicador 5.1, no primeiro mês 88,1%, para 74 usuários avaliados, no segundo mês 92,4% para 146 usuários, no terceiro mês foram de 237 avaliados com 98,8%, já obtendo a avaliação no quarto mês dos 397 usuários cadastrados, com 100% do indicador.

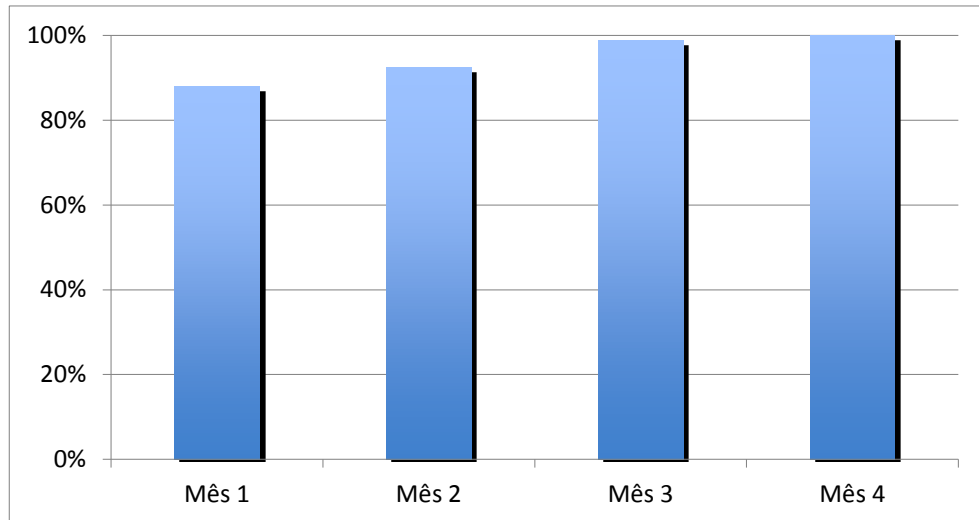


Figura 26 - Gráfico indicativo da proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia na UBS Pedrinhas, Macapá/AP, 2015.

A ação que mais impacto nos resultados deste indicador, foi o trabalho diário dos médicos e enfermeiras das três equipes na avaliação dos idosos durante as consultas e o correto preenchimento nas fichas espelhos e organização nos dados obtidos.

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

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

O comportamento deste indicador como se mostra na figura 27, se logrou avaliar o total de idosos, com um crescimento de 12% desde o início da intervenção, comportando-se com 88,1% para os 70 idosos cadastrados no primeiro mês, 92,4% dos 146 idosos no segundo mês, e 98,8% no terceiro mês dos 237 idosos, obtendo no quarto mês avaliar o total dos 397 idosos cadastrados com 100% do indicador. Nos dois primeiros meses não foi possível obter o 100% da meta, por dados obtidos erroneamente.

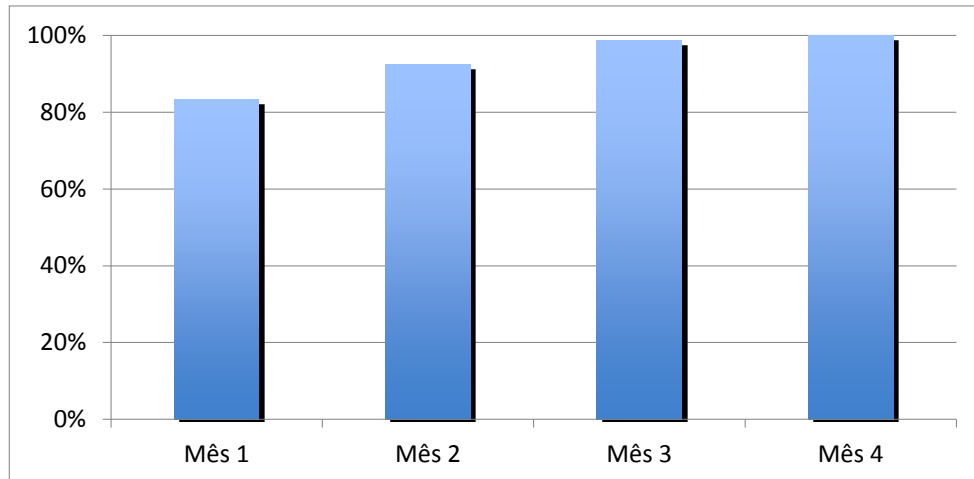


Figura 27 - Gráfico indicativo da proporção de idosos com avaliação de rede social em dia na UBS Pedrinhas, Macapá/AP, 2015.

Os resultados obtidos neste indicador, alcançando as metas propostas no início da intervenção, foram possíveis graças ao trabalho unido de todas as equipes e os profissionais que compõem as mesmas, mas acredito importante enfatizar que este ganho só é possível de manter com o trabalho continuado dos médicos e enfermeiras e resto dos profissionais da saúde, enfrentando todas as dificuldades encontradas no caminho, embora sejam muitas.

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos

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

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

Na análise referente à proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis, se evidencia os resultados positivos com crescimento desde o segundo mês da intervenção, no primeiro mês 98,8% dos 83 idosos receberam orientação, no segundo mês um total de 158 idosos receberam orientação, no terceiro mês foram 240 idosos e no quarto mês foram 397 idosos orientados para o alcance de 100% do indicador.

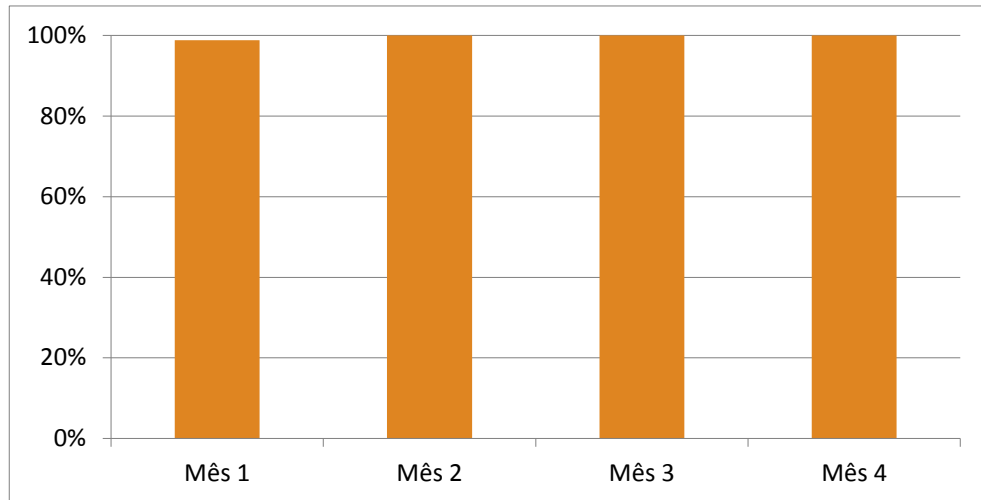


Figura 28 - Gráfico indicativo da proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis na UBS Pedrinhas, Macapá/AP, 2015.

A meta proposta foi alcançada graças ao empenho dos profissionais do NASF e médicos da família, realizando as orientações a cabo nas consultas, nas ações de saúde, nas visitas domiciliares, nas palestras e conversas, logrando aumentar esta ação no final da intervenção.

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

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

Os resultados foram positivos com relação ao indicador de orientação sobre prática de atividade física, os 397 idosos cadastrados ao longo dos quatro meses receberam esta orientação cumprindo com a meta proposta de 100% em todos os meses. Esta meta logrou os resultados alcançados, pelo trabalho que fizeram os profissionais do NASF, principalmente o educador físico, que semana a semana ofereciam conversas e consultas a estes usuários, além dos médicos, enfermeiros e ACS. Conseguindo com isto a incorporação de um grande número dos idosos a esta prática tão importante para sua saúde.

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

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

A análise quanto à proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia, se reflexa o crescimento de 12% desde o início da intervenção até o final da quarta semana no cadastramento das pessoas que receberam este tipo de orientação. Comportando-se da seguinte maneira, no primeiro mês tivemos um total de 74 casos com 88,1%, no segundo mês foram 146 casos com 92,4%, no terceiro mês 237 idosos com 98,8%, no quarto mês o total de usuários cadastrados, com 397 idosos, o que representa 100%.

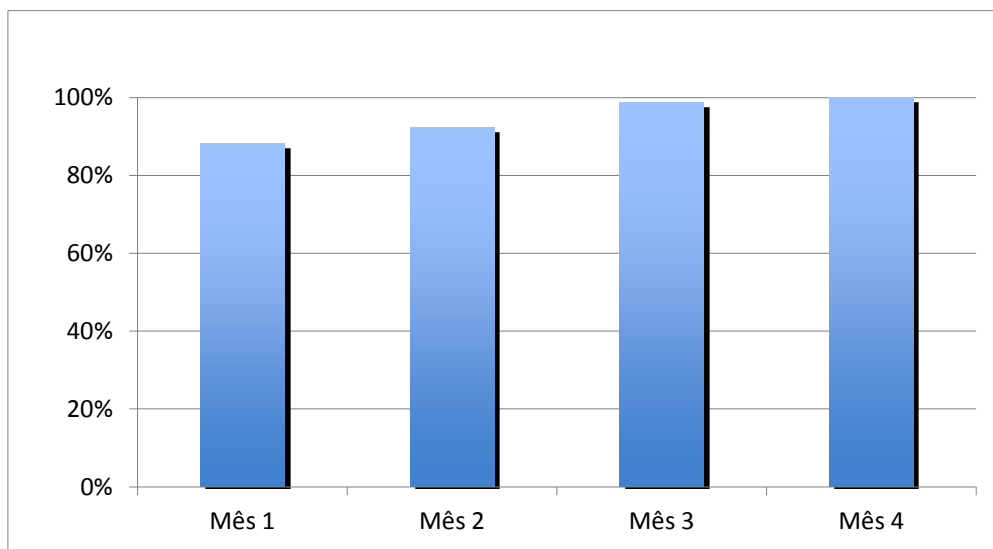


Figura 29 - Gráfico indicativo da proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia na UBS Pedrinhas, Macapá/AP, 2015.

Foi muito importante para todos os profissionais de saúde de nossa equipe, realizar a intervenção, e os resultados obtidos se tem mostrados em cada gráfico. Uma vez mais se evidencia outra meta vencida, já que todos os usuários receberam orientação individual de cuidados de saúde bucal pelo desempenho mostrado pelos profissionais de saúde (médicos e enfermeiras), nos atendimentos clínicos, visitas domiciliares e em algumas ações de saúde realizadas.

4.2. Discussão

Aproximadamente dezesseis semanas atrás, antes de começar a desenvolver nossa intervenção, a consulta para os idosos, na UBS Araxá e Pedrinhas eram ofertadas a modo geral apenas um dia pela semana e esta atividade era concentrada principalmente nos médicos o que trouxera consigo uma diminuição considerável das possibilidades de aderir novos usuários ao programa, além disso, existiam muitos idosos que apesar de ter recebido atenção em algum momento de sua vida não era cadastrado no programa, contribuindo desta forma a aumentar o grande subregistro já existente.

Após quatro meses de desenvolvimento de nossa ação programática, conseguimos aumentar consideravelmente a oferta de consulta médicas e de enfermagem vários dias na semana, realizaram-se consultas nas casas e locais adaptados na comunidade em ações de saúde, aumentamos o numero de visitas domiciliares a este grupo etário, organizamos mais de uma vez nossas agendas e nos aperfeiçoamos para atender toda demanda espontânea dos usuários idosos da área de abrangência, isto propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos idosos, o cadastramento dos idosos com doenças crônicas, organização e registro dos prontuários, assim como vigilância periódica dos usuários acamados ou com problemas de locomoção.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Caderno de Atenção Básica Nro 19, do Ministério de Saúde, Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, no cadastramento dos idosos, busca ativa dos faltosos às consultas, além disso, o trabalho e união da equipe na organização dos prontuários e preenchimento dos mesmos. Esta atividade promoveu a comunicação entre todos e responsabilidade de cada um. Com isto conseguimos o intercambio de dúvidas, a relação médico x paciente foi priorizada, o relacionamento com líderes da comunidade e a policia militar, além dos trabalhadores de outros setores.

No começo do meu trabalho na UBS, tinha muitas dúvidas e não existia um trabalho organizado, além disso, não se dava devida importância do atendimento aos usuários idosos, as atividades quase sempre eram concentradas no trabalho do

médico. A partir da intervenção o trabalho foi organizado e distribuído para cada integrante da equipe com suas responsabilidades, a participação nas conversas com os idosos e demais grupo de idades se maximizou na agenda para estes usuários e a priorização para a demanda espontânea, assim como também foi priorizado ter os medicamentos necessários para o controle das doenças crônicas. Com isto logramos o rastreamento contínuo para hipertensão arterial e diabetes mellitus, assim como a promoção e prevenção das doenças transmissíveis e infecciosas.

O Impacto da intervenção na comunidade vai continuar aumentando na visibilidade das pessoas, pois, temos logrado resultados muito positivos nos usuários idosos, que começam desde a visita domiciliar até o atendimento nas consultas. A comunidade se mostra agradecida nas atividades com o grupo dos idosos, nas práticas de exercícios físicos, e nas consultas para suas respectivas reavaliações. Acredito que temos muitos usuários idosos e acamados sem cadastrar, mas o trabalho continua e lograremos cadastrar a estas pessoas tão vulneráveis e que precisam ser atendidos e avaliados.

A intervenção poderia ser melhorada, realizando discussão e avaliação periodicamente das principais dificuldades de nossa comunidade desde a análise situacional da UBS, articulação com a comunidade para favorecer a ação programática quanto à priorização dos usuários idosos, divulgação pelos líderes da comunidade, para atingir um maior número no cadastramento dos idosos. Assim como também ter um maior envolvimento da gestão municipal para lograr dar resolutividade às deficiências encontradas, acredito que se houvesse esta parceria, poderíamos ter eliminado muitas das dificuldades encontradas na intervenção.

A Intervenção já está incorporada a rotina do serviço, mas vamos ampliar nosso trabalho de cadastramento, e a conscientização da equipe para adequar os prontuários dos idosos e assim avaliar quantos foram atendidos, o que faltou por cadastrar, ter numerados os idosos diabéticos que não receberam a primeira consulta odontológica para que estes sejam avaliados com prioridade, reforçar a necessidade de contratação de profissionais de odontologia para a UBS, assim como da caderneta de saúde e dos glicosímetros, também é muito importante fazer um rastreamento para lograr cadastrar os idosos acamados ou com problemas de locomoção que não foram avaliados.

Com certeza já temos melhorado a atenção à saúde em nosso serviço, apesar das dificuldades apresentadas, temos um atendimento prioritário aos idosos de nossa área de abrangência, como também fazemos atendimento a idosos e outros usuários das áreas descobertas. Oferecemos a comunidade o atendimento dos ACS, nossas enfermeiras, nossos médicos com a ampliação de cobertura para os demais programas de saúde existentes na UBS, como atendimento as grávidas, crianças, mulheres em idade fértil, para o rastreamento das mulheres entre os 50 a 69 anos para o câncer de mama, e de 24 a 64 anos para o câncer de colo uterino, tomando este projeto realizado como exemplo.

Temos certeza que o trabalho vai continuar e que a avaliação dos indicadores de saúde será realizada periodicamente para que o planejamento das ações possa ser repensado.

4.3. Relatório para Gestores

Aos gestores do município de Pedrinhas,

Sou a médica Yaquelin Rodriguez Garcia, trabalho na UBS das Pedrinhas, no bairro de Araxá, do Município Macapá, capital do Estado Amapá, com uma população atendida de um total de 10750 usuários, pertencentes a uma área urbana.

Desenvolvi uma Intervenção junto a toda a equipe com o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos idosos, através do cadastramento e atendimento desta faixa etária na área de abrangência. Pretendo explicar neste relatório como foi implementada a ação programática durante as dezesseis semanas de intervenção, proposta realizada pelo Ministério de Saúde, através da Especialização em Saúde da Família/Universidade Federal de Pelotas. Buscamos o aprimoramento da gestão, organização dos serviços de atenção primária à saúde, e qualificação da prática clínica, resultando de uma avaliação continua e monitoramento das ações, logrando a sua vez a participação da comunidade.

Após realizar a análise situacional da UBS das Pedrinhas quanto à atenção aos idosos, realizada ao longo do Curso de Especialização em saúde da Família,

identificou-se o subregistro dos usuários idosos ao programa dos idosos, e resolvemos encaminhar uma ação programática com usuários maiores de 60 anos (idosos), para assim contribuir ao cadastramento e atendimento desta faixa etária. Desenvolvemos diferentes ações planejadas em um cronograma de trabalho, buscando obter bons resultados nos indicadores propostos, encontrando a sua vez ações que não foram desenvolvidas totalmente, mas não dependiam de nossa gestão.

As ações começaram pela identificação e cadastramento dos idosos residentes na área adstrita da UBS, ação que foi possível através do empenho dos profissionais das três equipes de saúde da família com o trabalho de busca ativa dos ACS para trazer os idosos a UBS. Realizou-se o atendimento clínico nas consultas, e nas visitas domiciliares para os idosos acamados ou com problemas de locomoção que não podiam se dirigir ao posto de trabalho, como aqueles que tinham alguma doença aguda com ingresso domiciliar por tratamento contínuo. Realizamos atendimento de forma integral, com a avaliação multidimensional rápida, avaliação do risco de morbimortalidade e fragilidade, assim como a indicação dos exames laboratoriais preconizados para cada caso e a prescrição dos medicamentos controlados para quem necessitasse.

Realizamos junto aos profissionais do NASF, ações de saúde em várias áreas de atuação, que foram ótimas, como: rodas de conversas, atividades educativas com temas importantes como alimentação saudável e nutrição, uso correto de medicamentos, prática de exercícios físicos, higienização bucal e de prótese dentárias, alcoolismo, doenças crônicas não transmissíveis como hipertensão arterial e diabetes, higiene e cuidado dos alimentos, riscos de acidentes. Buscando também manter a participação a cada quarta feira a estes trabalhadores, apoiando a ação programática com consultas de psicologia, fisioterapia, assistência social, nutricionista, e educador físico. Realizou-se a busca ativa dos idosos faltosos às consultas diariamente, protagonizados pelas ACS, recuperando o total dos idosos faltosos às consultas.

Houve ações previstas que foram desenvolvidas parcialmente, mas se lograram realizar em maior quantidade nas últimas semanas da intervenção, como a realização dos exames laboratoriais na totalidade dos idosos, ação que tivemos

dificuldades por razões que não dependiam de nossa gestão. Analisando que se trata de pessoas maiores de 60 anos com dificuldade para a deambulação, moradores em micro áreas com barreiras arquitetônicas, situação desfavorável das ruas e por outra parte, não contamos com grandes quantidades de laboratórios para cobrir todas as necessidades dos usuários. Outra ação ou dificuldade que se apresentou a cada semana foi à realização da primeira consulta odontológica, provocada por a falta de Odontólogos em nossos serviços oferecendo este atendimento, só um odontólogo para três equipes de saúde, além disso, os usuários tinham dificuldade de agendar atendimento pela grande demanda do profissional odontológico e infelizmente é impossível de solucionar pelo momento devido à falta de odontólogos a cobrir esta vaga.

Não conseguimos brindar a toda a população idosa cadastrada no projeto as cadernetas de saúde, por não estar disponíveis e suficientes na secretaria de saúde, infelizmente não foi possível que todos os idosos estivessem, com o preenchimento total desta caderneta, que cada usuário deve ter para avaliar o seguimento das consultas e visitas a seus domicílios, como das medições antropométricas. Durante toda a intervenção procuramos semanalmente cobrar respostas da gestão municipal, esta situação esta sendo avaliada e analisada por diferentes funcionários da secretaria de saúde e até agora não se solucionou, só obtivemos um numero razoável de cadernetas porque algumas delas conseguimos através de outras equipes de saúde.

Tivemos deficiências na realização da pesquisa de DM, por não ter disponíveis os glicômetros, e materiais para realizar o exame capilar, nas as primeiras semanas da intervenção os materiais não foram suficientes e nos impossibilitou continuar com esta ação, também procuramos a gestão municipal para que as medidas fossem tomadas quanto à compra de mais aparelhos glicosímetros e materiais para realizar a coleta de sangue capilar, mas não tivemos bons resultados, porque não tinham disponíveis.

Ao culminar a intervenção se contatou que o objetivo inicial proposto de melhorar na atenção a saúde dos idosos foi cumprido, logrando uma maior adesão dos idosos ao programa dos idosos, sendo possível cadastrar e atender um total de 397 usuários para 36,9%, sem atingir as metas propostas, mas conseguimos

incorporar nossa ação programática ao serviço da rotina, logrando também pôr em pratica o controle social, a participação comunitária, e ampliamos o conhecimento dos usuários de seus direitos cidadãos e sobre todas as coisas.

Posso afirmar que o trabalho continuara na UBS, temos uma panorâmica do funcionamento do Programa do Idoso na nossa área e temos logrado pôr em prática nossas ideias, sempre registrando cada detalhe, e logrando a continuidade da ação, não somente buscando um resultado, sempre pensando que o logro não é realizar uma ação de dezesseis semanas, sino uma Intervenção para que fique implementada para sempre no funcionamento da UBS.

O impacto da intervenção na comunidade, ainda tem que continuar aumentando na visibilidade das pessoas, porém, temos logrados resultados muito positivos nos usuários idosos, que começa desde a visita domiciliar até um ótimo atendimento nas consultas, se mostram agradecidos nas atividades com o grupo dos idosos, nas praticas de exercícios físicos, açudem nas consultas para suas respectivas reavaliações. Acredito que temos muitos usuários idosos e acamados sem cadastrar, mas o trabalho continua e lograremos cadastrar a estas pessoas tão vulneráveis e que precisam ser atendidos e avaliados.

A intervenção foi incorporada a rotina do serviço, para isto, vamos ampliar nosso trabalho de reordenamento, o trabalho de conscientização da equipe, adequar os prontuários dos idosos e assim avaliar quantos foram avaliados e atendidos, o que faltou por cadastrar, ter numerados os idosos diabéticos que não receberam a primeira consulta odontológica para que estes sejam avaliados com prioridade. Elevar a necessidade dos profissionais de odontologia em nossa UBS, assim como da caderneta de saúde e do glicosímetros, também é muito importante fazer um rastreamento para lograr cadastrar os idosos acamados o com problemas de locomoção que não foram avaliados.

Com certeza já temos melhorado a atenção à saúde em nosso serviço, apesar das dificuldades apresentadas, temos um atendimento prioritário aos idosos de nossa área de abrangência, como também fazemos atendimento a idosos e outros usuários das áreas descobertas. Temos a disposição das ACS, nossas enfermeiras, de nossos médicos a contribuir oferecendo ampliação de cobertura para todos os programas de saúde. Obrigada!

4.4. Relatório para a Comunidade

Comunidade,

Com a realização deste relatório queremos demonstrar para a comunidade como foi desenvolvida a Intervenção com usuários idosos residentes da área de abrangência da UBS das Pedrinhas, situada no Município Macapá, capital do Estado Amapá. Projeto esse desenvolvido pela medica Yaquelin Rodriguez Garcia, juntamente de toda a equipe de saúde.

Nossa UBS atende uma população de aproximadamente 10.750 habitantes, com uma estimativa de 1.075 usuários idosos, tendo um subregistro no começo da intervenção, já que apenas 235 usuários estavam identificados, com uma cobertura de 21,9%.

Após realizar a análise situacional da UBS das Pedrinhas quanto à atenção aos idosos, realizada ao longo do Curso de Especialização em saúde da Família, identificou-se o sub-registro dos usuários idosos ao programa dos idosos, e resolvemos realizar uma ação programática com o tema Melhorias na Atenção a Saúde dos Idosos, para assim contribuir no cadastramento e atendimento desta faixa etária, por tanto se desenvolveram diferentes ações planejadas em um cronograma de trabalho, para garantir o atendimento dos idosos residentes próximo a UBS, oferecendo acolhida a todos que comparecessem a Unidade de saúde.

A equipe de saúde preparou-se para o atendimento dos idosos através de capacitações com material do Ministério da Saúde, e realizou o monitoramento dos resultados semanalmente. Também organizamos as visitas domiciliares aos idosos que não podem se deslocar até a Unidade de Saúde e os idosos acompanhados pela equipe foram encaminhados para atendimento com o odontólogo. Durante a intervenção a equipe realizou atividades educativas para a comunidade como rodas de conversa e caminhadas.

Como resultado da intervenção, observou-se que uma grande parte dos usuários idosos, não se encontrava aderido ao programa do idoso, e decidimos

realizar ao longo de dezesseis semanas ações para melhorar a adesão destes usuários tão vulneráveis.

As ações se realizaram desde o primeiro dia, começando pela identificação e cadastramento dos idosos residentes na área da UBS, ação que foi possível através do empenho dos profissionais das três equipes de saúde da família com o trabalho de busca ativa dos ACS para trazer os idosos a UBS. Realizou-se o atendimento clínico nas consultas, e nas visitas domiciliares para os idosos com problemas de locomoção que não podiam comparecer na UBS, com atendimento realizado de forma integral, com avaliação de cada idoso, assim como a indicação dos exames laboratoriais preconizados para cada caso e a receita dos medicamentos controlados para quem necessitasse.

Realizamos junto a outros profissionais, como psicólogo, nutricionista e educador físico, ações de saúde em varias áreas de atuação, que foram ótimas, já que realizamos rodas de conversas, atividades educativas com temas importantes como alimentação saudável e nutrição, uso correto de medicamentos, prática de exercícios físicos, higienização bucal e de prótese dentarias, alcoolismo, hipertensão arterial e diabetes, higiene e cuidado dos alimentos e riscos de acidentes. Também contamos com a colaboração destes profissionais nas quartas-feiras com consultas de psicologia, fisioterapia, assistência social, nutricionista, e educador físico. Ao término da intervenção se constatou que o objetivo inicial proposto de melhorar a atenção à saúde dos idosos foi cumprido, tivemos maior adesão dos idosos ao programa, sendo possível cadastrar e atender um total de 397 usuários, onde alcançamos a cobertura de 36,9%. Não conseguimos atingir todas as metas propostas no início, mas conseguimos incorporar a atenção aos idosos à rotina do serviço, conseguindo também pôr em prática a participação comunitária, e ampliamos o conhecimento dos usuários de seus direitos.

Contamos com a comunidade para divulgação do programa, obrigada!

5. Reflexão Crítica sobre Processo de Aprendizagem

Desde o começo do curso tive varias expectativas, porque através dele me facilitaria uma maior aprendizagem, a interação de conhecimentos e trocas de experiências com múltiplos profissionais da saúde de todas as regiões do país, tinha certeza que favoreceria o enriquecimento de meus conhecimentos com relação a saúde familiar, lograria com este projeto pedagógico, com diretrizes bem definidas, erradicar os principais problemas de saúde do povo brasileiro, melhorar os indicadores de saúde do país.

Inicialmente apesar de ter vontade de obter conhecimentos, de aprofundar as trocas de experiência, e ter um objetivo fundamental em garantir uma maior atenção à saúde, tive duvidas em conseguir dar soluções às deficiências encontradas, mas a cada semana encontramos mais desafios, alguns estavam sob minha governabilidade e outros não, mas procurei junto com a equipe promover mudanças em meu posto de trabalho. Comecei a manter comunicação com meus orientadores e obter informações necessárias para meu desenvolvimento do curso, foi muito importante os estudos de prática clínica, por ter tido dificuldades nas avaliações, como são: elementos clínicos importantes para o diagnostico da DM, avaliação nutricional do idoso, tratamento da HAS do Idoso, entre outros, e assim adquirir experiências para nosso desempenho. No inicio não existia união da equipe, não tínhamos comunicação, mas tenho a certeza que este curso foi muito importante para identificar todas estas deficiências e encontrar soluções. Já hoje trabalhamos em equipe, temos organizado nosso funcionamento e responsabilidade de cada profissional, já temos logrado levar saúde a um maior número de pessoas, e identificamos através da análise situacional os problemas na UBS.

Este curso me resultou muito significativo, através dele pude conhecer a problemática deste Sistema de Saúde e as deficiências que temos em nossas UBS, a importância de desenvolver uma atenção integral, possibilitando o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, lograr relações de afetividade e confiança com o usuário, e sua participação em ações comunitárias e interagindo no cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território e, da organização. Também é importante destacar o papel da equipe na orientação dos serviços de saúde na área de abrangência, logrando assim o exercício do controle social, por outra parte estamos logrando a participação de nossa equipe no mapeamento e territorialização da área, na realização de um atendimento domiciliar de qualidade, estamos almejando a integração de ações de vigilância em saúde em conjunto com nossos ACS, estamos realizando uma Atenção Básica de qualidade caracterizada por ações de promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e acompanhamento contínuo, para obter uma redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral.

Os aprendizados mais relevantes durante o curso foram o conhecimento sobre os temas de engajamento público do Conselho de Saúde e Educação Popular em Saúde, onde compreendi que na união está a força, porque aprendi que devemos lutar e lograr resultados com nosso trabalho, favorecendo ao povo, digno e merecedor dos direitos à saúde. É preciso entender que no Brasil e especificamente em minha UBS, faltam muitas coisas por fazer, conheci os princípios que regem o SUS, que são integridade, equidade e universalidade, além de trabalhar em equipe e junto com a comunidade para obter melhores resultados e logros, além disso, aprendi que temos que discutir, fiscalizar e avaliar a execução do plano de trabalho na unidade, planejar, acompanhar e controlar a execução das políticas, serviços e ações de saúde, no âmbito de atuação da UBS, garantindo a implementação e fiscalização das recomendações e deliberações dos conselhos de saúde.

Referências

ARAOZ, GBF. Valoración funcional. In: LLERA FG; MARTIN JPM. Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. Barcelona, Masson, 1994.

BALTES MM; SILVENBERG S. A dinâmica dependência-autonomia no curso de vida. In: Neri AL. Psicologia do envelhecimento: temas selecionados na perspectiva do curso de vida. Campinas. Papyrus, 1995 (Coleção Viva Idade).

BERGER L; MAILLOUX-POIRIER D. Pessoas idosas: uma abordagem global. Lisboa, Lusodidacta, 1995.

BÉRIA JU. Prescrição de Medicamentos. In: DUNCAN BB; SCHMIDT MI GIUGLIANI ERJ. Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed, 2006. Clin Endocrinol Metab 2000; 85:720-26. J Clin Endocrinol Metab 2000; 85:720-2.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 687/GM, de 30 de março de 2006. Política Nacional de Promoção da Saúde.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio a Descentralização. Coordenação– Geral de Apoio a Gestão Descentralizada. Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do Sistema Único de Saúde – SUS e de Gestão. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.528 de 19 de outubro de 2006 - Políticas Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSI.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 648 de 28 de março de 2006. Política Nacional de Atenção Básica.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica - Diabetes Mellitus. Brasília, 2006 (No Prelo).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica - Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde. Brasília, 2006.

_____. Portaria GM/ nº 971, de 3 de maio de 2006 - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Mulher. Manual do Climatério. Brasília, 2006 (No Prelo).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. STARFIELD, B. Atenção Primária: Equilíbrio entre Necessidades de Saúde, serviços e tecnologia. 2a ed. – Brasília: UNESCO, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Lei nos 8.842 de 4 de Janeiro de 1994. Política Nacional do Idoso.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Guia Prático do Cuidador. Brasília, 2006 (No Prelo).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Guia Prático do Cuidador. Brasília, 2006. (No prelo).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de Saúde do Idoso. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST-AIDS Envelhecimento e AIDS, 2003 (relatório preliminar).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica - Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica - Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica _ HIV/AIDS, Hepatites e Outras DST. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica _ HIV/AIDS, Hepatites e Outras DST. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. (Série A: Normas e Manual Técnico nº 113).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico de Política Nacional de Humanização Cartilha PNH – Projeto Terapêutico Singular. Brasília, 2004.

DUARTE YAO. Envelhecimento, funcionalidade e arranjos domiciliares na América Latina e Caribe. [Tese-Livre Docência] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2005.

DUARTE, YAO. Família: rede de suporte ou fator estressor. A ótica de idosos e cuidadores familiares. [tese] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2001.

Apêndice

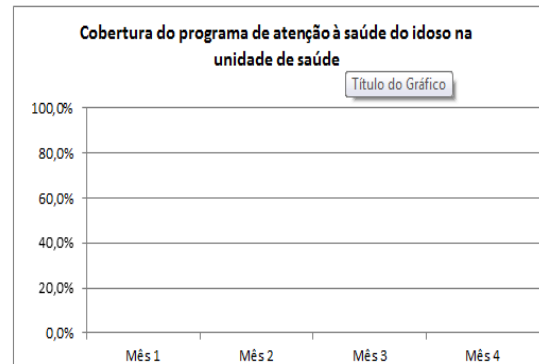
Anexos

Anexo B - Planilha de Coleta de Dados

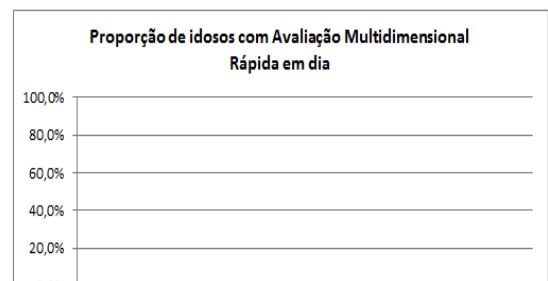
Indicadores de Saúde do Idoso - Mês 4								
Dados para coleta	Número do idoso	Nome do idoso	O idoso está com avaliação para fragilização na velhice em dia?	O idoso está com avaliação de rede social em dia?	O idoso está com avaliação de risco para a saúde bucal em dia?	O idoso recebeu orientação nutricional para hábitos saudáveis?	O idoso recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O idoso está com orientação individual de cuidados de saúde bucal 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
	4							
	5							
	6							
	7							
	8							
	9							
	10							
	11							
	12							
	13							
	14							
	15							
	16							
Soma automática			0	0	0	0	0	0

INDICADORES (%)


		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
1.1	Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
	Numerador: número de idosos residentes na área de abrangência cadastrados no programa	0	0	0	0
	Denominador: Número total de idosos residentes na área de abrangência da unidade de saúde	0	0	0	0



		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
2.1	Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
	Numerador: número de idosos com avaliação multidimensional rápida em dia	0	0	0	0
	Denominador: Número de idosos	0	0	0	0



Anexo C - Documento do Comitê de Ética



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

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

