

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 7**



Trabalho de Conclusão de Curso

Melhoria da Atenção à Saúde dos idosos na UBS Central de Maçambará/RS

Odalys de La Luz Tablada Tablada

Pelotas, 2015

Odalys de La Luz Tablada Tablada

Melhoria da Atenção à Saúde dos idosos na UBS Central de Maçambará/RS

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

Orientador: Luíla Bittencourt Marques

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

T113m Tablada, Odalys de la Luz Tablada

Melhoria da Atenção à Saúde dos Idosos na UBS Central de Maçambará/RS / Odalys de la Luz Tablada Tablada; Luíla Bittencourt Marques, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

77 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. Marques, Luíla Bittencourt,
orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

A arte de envelhecer é a arte de preservar a vida
A todas as pessoas que tornaram possível minha,
motivação e superação e o resultado de meu triunfo
na minha vida em especial a meus pais e minha filha

Agradecimentos

Agradeço a Deus por estar junto a mim, por iluminar minha mente, e por colocar em meu caminho todas aquelas pessoas que tem sido minha companhia e que me ajudaram durante o tempo de estudos. A minha orientadora da UFPEL que ofertou todo seu empenho e seu apoio incondicional, dando-me a oportunidade desse crescimento profissional.

Resumo

TABLADA TABLADA, Odalys De La Luz. **Melhoria da Atenção à Saúde dos idosos na UBS Central de Maçambará/RS**. 2015. 73 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

O processo de envelhecimento caracteriza-se por diminuição da reserva funcional que, somada aos anos de exposição a inúmeros fatores de risco, torna os idosos mais vulneráveis às doenças. Considerando que na Atenção Primária se realiza a avaliação global da saúde da pessoa idosa, com ênfase na funcionalidade, mais do que na prevenção de doenças, na melhoria da autonomia do idoso em tudo aquilo que melhore a sua qualidade de vida. O Ministério da Saúde orienta aos profissionais da Estratégia Saúde da Família e para que desta forma estabeleçam o cuidado a grupos prioritários a melhoria da qualidade de vida dos idosos depende da responsabilidade compartilhada entre profissionais de saúde e usuários. O projeto intervenção realizado na Unidade Básica de Saúde Central no município de Maçambará/RS teve como objetivo melhorar a Atenção à Saúde dos idosos na UBS Central de Maçambará/RS, com a qualificação do atendimento clínico e odontológico e conhecer a rede sociais das pessoas idosas e desenvolver ações educativas na comunidade para a prevenção das doenças crônicas que são as que mais afetam esse grupo e oferecer-lhes uma melhoria da sua autonomia melhorando a qualidade de vida dos mesmos. Os dados foram coletados a partir de uma ficha-espelho produzida para a intervenção e os dados digitados em uma planilha de coleta de dados. Participaram da intervenção 387 pessoas idosas, as ações foram desenvolvidas em três meses. Quanto à estruturação do serviço para o atendimento destes usuários existe protocolo para a atenção a Saúde da pessoa Idosa e registro específico para este atendimento. A intervenção atingiu uma cobertura de 89.4 %. Em relação aos exames clínicos, 100% tiveram seus exames em dia de acordo com o protocolo. Todos os usuários faltantes nas consultas receberam busca ativa, bem como o recebimento das orientações referentes à promoção da saúde. O Serviço teve melhora na organização do trabalho da equipe porque tivemos ampliação da cobertura dos atendimentos, organização na agenda e trabalho, criação e manutenção de um registro adequado, E também trouxe muitos benefícios para a equipe de saúde, pelo trabalho em conjunto exigiu e demonstrou que cada membro da equipe se capacitasse para realizar seu papel de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde. Foi necessário trabalho em conjunto e que cada um tivesse uma participação fundamental na construção desde as orientações, até às planilhas e fichas controle, a atualização e cadastro dos idosos, a atenção à saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação e prevenção, identificando grupos, famílias e indivíduos exUBSs a riscos e vulnerabilidades A comunidade está sendo beneficiada com a priorização do atendimento, principalmente aos de maior risco, com a comodidade no agendamento das consultas e também, houve maior engajamento público. Esses dados refletiram significativamente na melhoria da qualidade do atendimento as pessoas idosas na unidade de saúde.

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

Lista de Figuras

Quadro 1	Cronograma de execução das atividades	51
Figura 1	Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde. UBS Maçambará/RS	56
Figura 3	Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular na UBS Maçambará R/S.	57
Figura 4	Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados na UBS Maçambará R/S.	58

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS -	Agente Comunitário da Saúde
DM	Diabetes Mellitus
ESB -	Equipe de Saúde Bucal
ESF -	Estratégia da Saúde da Família
HAS-	Hipertensão Arterial Sistêmica
HGT	Exame de Glicemia Capilar
IMC	Índice de Massa Corporal
OMS-	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
UBS-	Unidade Básica de Saúde

Sumário

Apresentação	10
1 Análise Situacional	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	11
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	18
2 Análise Estratégica	Erro! Indicador não definido.
2.1 Justificativa.....	Erro! Indicador não definido.
2.2 Objetivos e metas.....	Erro! Indicador não definido.
2.2.1 Objetivo geral	Erro! Indicador não definido.
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	21
2.3 Metodologia.....	23
2.3.1 Detalhamento das ações	23
2.3.2 Indicadores	43
2.3.3 Logística.....	48
2.3.4 Cronograma.....	50
3 Relatório da Intervenção.....	51
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	51
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	53
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	54
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	54
4 Avaliação da intervenção.....	55
4.1 Resultados	55
4.2 Discussão.....	61
5 Relatório da intervenção para gestores	64
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	66
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	68
Referências	69
Anexos	70

Apresentação

O presente trabalho tem como objetivo melhorar a Atenção à Saúde dos idosos na UBS Central de Maçambara/RS. Está estruturado em 7 capítulos: o primeiro capítulo Análise Situacional da UBS Central de Maçambara/RS, se refere antes do começo da intervenção contendo o relatório da análise situacional, o segundo capítulo Análise Estratégica, se plante-a a justificativa, os objetivos geral e específicos, as metas, a metodologia detalhando os indicadores, logística e cronograma estabelecidos no projeto, o terceiro capítulo Relatório da Intervenção, estão as ações previstas desenvolvidas e não desenvolvidas, os aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados e a viabilidade de incorporar as ações à rotina do serviço, o quarto capítulo Avaliação da intervenção, se reflexa os resultados obtidos e discussão do projeto durante os 3 meses da intervenção, e o quinto, sexto e sétimo capítulos os relatórios da intervenção para os gestores, a comunidade e minha reflexão crítica sobre meu processo pessoal de aprendizagem.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Nossa Unidade Básica de Saúde (UBS) é uma unidade de saúde “tradicional”, chamada Unidade de Saúde Central, localizado na área central da cidade, possui atendimento médico em dois turnos, manhã e tarde, conta também com atendimento odontológico, psicológico e fisioterápico. O município possui ainda um prédio da secretaria da saúde no centro da cidade e outras 5 UBS na zona rural.

Todos os atendimentos nesta unidade são realizados através de agendamento e com retirada de fichas.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O Município de Maçambará está Localizado no Estado de Rio Grande do Sul, com uma superfície 1.682 km² e uma população 4.738 habitantes, sendo 2.418 mulheres e 1.320 homens, representando 0,04% da população de RS. Sua população é predominantemente rural, uma zona agropecuária (gado de corte, arroz e soja).

Em relação ao sistema de saúde o município conta com cinco UBS tradicionais na área rural com uma Estrutura Física completa com as condições necessárias para oferecer os atendimentos. e a UBS Central, mista, que cobre uma população de aproximadamente 1,860 usuários.

A UBS em que estou atuando fica na zona urbana, o atendimento é exclusivo SUS, não temos vínculo com nenhuma instituição de ensino. O modelo de

atenção é UBS mista. Os profissionais tem facilidade de referenciar da UBS para outros profissionais e também atendemos pessoas fora da área de abrangência.

A estrutura física como estabelece o Manual de Estrutura Física do Ministério de Saúde oferece uma ótima atenção aos usuários, atualmente foi reformado. Tem sala de espera, recepção, e arquivos de prontuários, sala de triagem, farmácia com o local para armazenamento dos medicamentos, sala de vacina, sala de curativo, sala de esterilização e nebulização, um consultório odontológico, três consultórios médicos com as adequações precisas para atenção aos usuários, sala de almoxarifado, os sanitários para pessoas deficientes, outros usuários, e administrativos, cozinha, e sala de utilidades.

As dificuldades com as barreiras arquitetônicas é que não existem barras de apoio e corrimãos para garantir o acesso de pessoas portadoras de deficiência, não tem sinalização dos ambientes que permita à comunicação, placas de recursos auditivos, nem a comunicação em Braille, nem através de figuras que facilite uma melhor orientação as pessoas com limitações físicas. Sensibilizamos os gestores do município para os investimentos econômicos e dar solução para melhorar a qualidade da atenção a população.

Um dois maiores problemas identificados, é não ter o sistema de informatização no UBS o que afeta o cadastramento dos usuários no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), mas o município foi contemplado pelo E-SUS, e com tempo entraremos nesse sistema, o município está se reorganizando a Atenção Básica para isso.

A atuação dos profissionais no cumprimento das atribuições é ótima, com um impacto positivo na comunidade, a identificação dos grupos, das famílias, e indivíduos exUBSs a riscos. O processo de territorialização e mapeamento são feitos pela Enfermeira e Agentes Comunitários, mais agora com a chegada de três clínicos geral do programa “Mais Médicos” e “Provab”, propusemos incorporar os médicos a essas atividades.

Os profissionais da UBS respeitam os fluxos de referência e contra referência e utilizam os protocolos quando os usuários são encaminhados a outros níveis do sistema de saúde, mas existem dificuldades no acompanhamento, o plano terapêutico proUBS ao usuário quando é encaminhado a outros níveis do sistema em situações de internação hospitalar pela estrutura geográfica de UBS ao Hospital de Referência por difícil acesso com o traslado. Uma ideia para melhorar seria um

contato telefônico da equipe de referência para a equipe da unidade avisando sobre a alta e sobre o estado de saúde e indicações para dar continuidade aos cuidados.

Avaliando a população a maior quantidade encontra-se nos grupos de pessoas de 20 anos ou mais com 3362 habitantes, seguindo os de 15 a 59 anos com um total de 3103. A equipe é adequada para a atenção dos 4.738 usuários (população da área de abrangência de atendimentos). Para os atendimentos no centro temos organizados as consultas com os médicos contratados e concursados das diferentes especialidades 1 Pediatra, 1 Ginecologista e 2 Clínicos Gerais e 3 médicos do Programa “Mais Médico” e “Provab”, 3 Odontologistas, 2 Enfermeiras, 6 Técnicos de Enfermagem 1 Nutricionista, 1 Fisioterapeuta 2 Farmacêuticas, 3 ACS. O quadro profissional das equipes é suficiente para cobertura satisfatória das necessidades de atendimento à população, com duas equipes. Porque as equipes deslocam-se para às áreas do interior para ofertar os serviços.

Os acolhimentos dos usuários são feitos pela recepcionista, enfermeira, técnica de enfermagem, médico e odontólogo, os mesmos são realizados na recepção, sala de Triagem, e no consultório médico. Não temos equipe de acolhimento porque são muito poucas as pessoas que trabalham no UBS de saúde, ou seja, falta recursos humanos. Atendemos as pessoas com a equipe que temos na UBS. O Modelo de Acolhimento que utilizamos pela equipe é de referência do usuário. Geralmente é a enfermeira a que classifica a demanda por problema de saúde agudo e tentamos oferecer todos os atendimentos no dia, e fazemos 100% dos imediatos e prioritários e também priorizamos aos usuários no interior. As enfermeiras quando realizam a escuta das pessoas e precisam de alguma intervenção ela é a responsável de fazer esta até que o médico faça a avaliação integral. Os casos de urgência e emergência são atendidos de forma prioritária por toda a equipe de saúde.

Os atendimentos são registrados nos prontuários clínicos e odontológicos, caderneta das crianças, ficha de atendimento nutricional, espelho de vacinas, cadernetas de idosos, e nas (carteirinhas ou cartão pessoal - controle mensal dos medicamentos, da Pressão Arterial -PA e Exame de Glicemia Capilar-HGT).

A organização e dinâmica do processo de trabalho e acolhimento da demanda espontânea na atenção básica da UBS têm melhorado com a chegada dos profissionais do “Programa Mais Médico” é por isso que os usuários estão satisfeitos.

Para atenção integral da população se cumprem os Protocolos de Ministério da Saúde, de agora em diante propusemos começar a fazer os da UBS com as adequações correspondentes.

Atenção ao Pré-natal é realizada pelo médico obstetra por meio de agendamento prévio e retirada de fichas, sendo feito o monitoramento regular dos usuários com base nas diretrizes do Ministério da Saúde, os quais ficam registrados na ficha. São disponibilizados os exames necessários para o acompanhamento pré-natal e também as ecografias necessárias nos 3 trimestres. Cobertura Pré-natal 35% (25 gestantes no total de 71).

A UBS atualmente tem 25 gestantes (Registro Controle da Enfermeira e dos Testes de Pezinho realizados) residentes na área e acompanhadas na UBS, as dificuldades com o acompanhamento são apresentadas porque elas mesmas decidem sua atenção com o ginecologista privado ou em outro município que é mais perto onde moram.

O indicador de qualidade com relação ao pré-natal iniciado depois do primeiro trimestre é adequado com 84% pois as 4 gestantes que iniciaram com atraso são do interior, portanto fora da área de cobertura da UBS. O seguimento delas na gravidez é adequado. 100% receberam sulfato ferroso, as vacinas correspondentes em cada trimestre, atenção de saúde bucal, as orientações relacionadas com o aleitamento materno conforme o protocolo. O indicador de exame ginecológico é de 56% é feito só quando elas apresentam infecções vaginais de agora em diante a equipe propõe na 1ª consulta tem que ser feito e seguimento pelo ginecologista que do seguimento as mesmas. A incidência dos atendimentos por problemas agudos é muito baixa, 31% foram avaliadas em intercorrências, esse grupo possui uma mobilidade comprometida, aumentando os riscos de quedas.

O número de mulheres que fizeram consulta de puerpério nos últimos 12 meses são 42, sendo baixo o índice de cobertura de puerpério 74%, mas tem relação com o total de grávidas que não faz atendimento na UBS e são atendidas onde elas escolhem o privado ou perto da sua casa na outra UBS. A estratégia utilizada pela Secretaria de Saúde e fazer contrato com médicos Especialistas Pediatra e Ginecologista para que a população no interior seja atendida por eles uma vez por cada semana que assistem ao interior e uma vez atendem na UBS.

Os indicadores de qualidade da atenção integral ao Pré-natal são aceitáveis só tivemos quatro adolescentes pesquisadas das 25 que fizeram atendimentos na

UBS, não tivemos neste ano nem mortes maternas e óbito fetal, e nenhum nascido com tétano e nem HIV. O registro dos atendimentos clínicos é feito na ficha clínica e na carteira da gestante, para avaliação e monitoramento dos mesmos.

Temos um total de 39 crianças menores de um ano residentes na área do total de 57 (Livro da enfermeira) que fizeram acompanhamento na UBS, 68% de cobertura de Atenção de Puericultura. Este percentual não é maior porque a população do município de Maçambara é mais de 50% moradores do interior. Garantimos a primeira consulta antes dos 7 dias e atenção das crianças até um ano com a pediatra na UBS e no interior, e os clínicos gerais para todas idades agendados e não agendados, todas as ações são feitas: teste do pezinho, da orelhinha, pesagem, mensuração, vacinação.

Os indicadores de qualidade estão entre 90 e 100 %. Só no inverno temos altos números de crianças com doenças respiratórias agudas, mas não tivemos mortes. Todos os dados são preenchidos nas Cadernetas das Crianças, prontuário clínico e espelho de vacinas. A equipe prioriza o planejamento, avaliação, monitoramento das atividades de educação em saúde de forma individuais, as coletivas se dificultam porque a maior quantidade da população mora no interior em áreas de difícil acesso e ocasionalmente nos integramos com os parceiros e fizemos palestras nas comunidades.

Quanto à prevenção do câncer de colo de útero e de mama, temos um total de 989 mulheres entre 25 e 64 anos que são atendidas na UBS, 76% (989 mulheres na faixa etária no total de 1304), as demais mulheres recebem seus atendimentos nos municípios vizinhos, nos temos só o controle das que moram no centro e mais perto. Fazemos as visitas domiciliares pelos ACS, técnicos de enfermagem capacitados para essas atividades para o controle da prevenção orientando-lhes as faltosas que assistam a fazer os preventivos, e aproveitamos e fazemos conversas com relação aos fatores de risco, todas tem avaliação e são orientadas sobre a prevenção de Câncer de Colo de Útero e recebem orientações sobre DSTs. Isso é feito nas consultas também. As dificuldades existentes é que somente 20% da mulheres tem feito o exame cito patológico .e 50 em atraso de acordo ao planejado. Fizemos uma programação de 20 preventivos (Papanicolau) agendados em 2 dias da semana, mas acontece que as mulheres as vezes não vem as consultas planejadas, é uma vaga que temos esse dia sem utilizar a estratégia programada para garantir que sejam feitos a maior quantidade, e atualizar os exames atrasados.

A enfermeira contratada começou a deslocar-se às unidades de saúde no interior duas vezes por semana.

Observa-se uma melhora no indicador de cobertura para a prevenção e controle de câncer de mama sendo 85% que de um total das 417 que fazem acompanhamento 372 tem mamografias em dia na unidade.

As ações de Promoção e Prevenção de Saúde são feitas quando elas vêm a consultas, aproveitamos essa oportunidade e fazemos o preventivo (Exame Clínica das Mamas). Quando corresponde fazer as mamografias são encaminhadas ao ginecologista que é a pessoa que indica as mesmas.

A Diabetes Mellitus e Hipertensão são duas doenças crônicas que causam grande morbidade no município, são doenças complexas que geralmente estão associadas a outros fatores como dislipidemia, sedentarismo, sobrepeso, aterosclerose pelo que as ações educativas estão direcionadas no controle da prevenção desses fatores de risco. Antes os atendimentos eram oferecidos a livre demanda, atualmente tentamos reorganizar as consultas com agendamentos planejados de acordo com o protocolo de Ministério da Saúde.

A Secretaria de Saúde garante as consultas de HAS e DM pelo menos uma vez por cada semana nas unidades de saúde no interior e a técnica de enfermagem fica ali toda semana para os atendimentos emergentes. Não são muitos os problemas de saúde agudos atendidos devido a estas doenças. Fazemos atividades preventivas individuais de educação e promoção de saúde com os portadores de diabetes e hipertensão sobre prática de atividade física e alimentação saudáveis. A nutricionista faz importantes atividades preventivas e curativas com esse grupo da população. A maior quantidade encontra-se nas pessoas que apresentam Hipertensão, 736, índice de cobertura 69%, seguido da Diabetes com um total de 179 pessoas que representa 59% da população com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS. O total de usuários com HAS e DM é de 915.

Além das atividades feitas na atenção integral dos usuários portadores das doenças crônicas para melhorar a qualidade da atenção avaliamos com dificuldades a atenção da saúde bucal e a Equipe planejou que de agora em diante quando o usuário assista a consulta fazer o encaminhamento ao odontologista e tiver o controle no prontuário. Outras das estratégias para buscar os usuários que são assintomáticos e que não estão sendo atendidos na UBS e a pesquisa de medida de PA e controle da glicose em atividades comunitárias feitas na Praça.

O Brasil vem se tornando um país com grande número de idosos, com isso, há de se preparar para lidar com os cuidados dessas pessoas, e poder proporcionar-lhes um envelhecimento com saúde, pelo que os profissionais da saúde estão se qualificando e preparando para lidar com essa linha de cuidado. Este grupo populacional, segundo o caderno de ação programática, está estimado para 647, no entanto uma cobertura de 67% (433 idosos), muitos deles apresentam Doenças Crônicas não Transmissíveis (HAS, DM e Hipercolesterolemia), eles comparecem as consultas médicas para controle e acompanhamento, e nestas consultas realiza uma avaliação de risco multidimensional se necessário para encaminhar a outro profissional da equipe (dentista, nutricionista etc...).

As dificuldades apresentadas com os atendimentos dessas pessoas estão dadas em que nem todas têm avaliação da saúde bucal, nem todos tem as cadernetas de idosos, as visitas domiciliares ainda não são feitas planejadamente, nem fazemos avaliação de fatores de risco no domicílio. De agora em diante a equipe tenta organizar para melhorar os indicadores, realizar ações educativas e preventivas e avaliação multidimensional 100% delas, pelos clínicos gerais nas consultas agendadas. A participação da nutricionista é importante na prevenção das doenças dos idosos, orientando-lhes uma dieta saudável para melhorar sua qualidade de vida. A fisioterapeuta também faz os atendimentos reabilitação terapêutica na UBS e prevenção das doenças respiratórias aos cadeirantes no domicílio.

A implantação de saúde bucal na UBS é uma melhoria para qualidade de vida da população. Temos três odontólogos que fazem os atendimentos a demanda espontânea aos usuários e também os grupos prioritários que os clínicos gerais encaminham. A capacidade instalada de atendimento clínico é de 0.4 procedimentos por habitantes /ano, o parâmetro mínimo ao preconizado pelo Ministério da Saúde não cobrimos o total da população da UBS que precisa atendimento O atendimento aos usuários é realizado com a Primeira consulta programática Não há uma quantidade de urgência, pois há um adequado número de profissionais para os atendimentos da comunidade, priorizando as escolas e não participam das visitas domiciliares estamos reorganizando o trabalho para que o clínico geral do programa mais médicos encaminhe ao dentista, com planejamento e agendamento, os grupos prioritários (diabéticos, hipertensos, idosos).

O maior desafio que temos é fazer atividades coletivas em todas as populações alvo, uma solução seria aproveitar os deslocamentos rotineiros da equipe para realizar também essas ações educativas coletivas. Outro desafio seria organizar os atendimentos das pessoas fora da área do município encaminhando-os para seu serviço de referência, com apoio da Prefeitura Municipal.

Os melhores recursos que temos na UBS são os recursos humanos, que se esmeram em proporcionar aos usuários o melhor atendimento possível dentro da realidade. Recentemente foi realizada uma reforma na UBS para melhorar as condições da estrutura física para os atendimentos.

Na UBS são feitas ações de Promoção de Saúde humanização do trabalho e participação da Comunidade, com intervenção dos gestores, e aplicação dos princípios fundamentais do S.U.S Universalidade, Integralidade, e Equidade oferecendo ótima atenção aos usuários. A mudança de estilo de trabalho da equipe, unida, forte se dispõem a fazer novas estratégias importantes para que no futuro possa ter impacto positivo nos atendimentos dos usuários de nossa comunidade.

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

Durante a análise situacional, realizando as atividades propostas, conseguimos melhorar algumas deficiências como falta de qualificação profissional devido a cidade não possuir estabelecimentos de estudo na área da saúde e o município ser longe dos centros de referência em ensino.

Também percebemos a atenção durante a Análise Situacional foi à inexistência de um programa específico para atenção das pessoas idosas.

Outro aspecto que chamou a atenção foi a necessidade em realizar ações com ênfase na prevenção e promoção da saúde, humanização do atendimento, reestruturação para um sistema que tenha em conta toda a família, também necessitamos mudar o sistema de arquivamento das fixas de atendimento, em vez de separadas individualmente seriam organizadas por famílias.

Atualmente temos maior atenção dos gestores Municipais e Estaduais, os usuários dos serviços de saúde estão sendo beneficiados em função que com o aumento dos recursos físicos e humanos Com a reforma da estrutura física da UBS e a Implantação do Programa Mais Médicos a Equipe de Saúde de agora em diante começou a fazer mudanças de estilo de trabalho e está melhorando nos atendimentos na comunidade, incrementando o nível da satisfação da população.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A transição demográfica, fator preponderante para o envelhecimento populacional, fenômeno que atingiu países desenvolvidos no final do século XIX e ao longo do XX, está sendo observada também em países em desenvolvimento como o Brasil. Entretanto, o fenômeno no Brasil é bastante diferenciado do observado em países desenvolvidos, onde o envelhecimento populacional ocorreu dentro de um contexto socioeconômico favorável. No Brasil esse processo está ocorrendo em ritmo acelerado, o que leva a dificuldades na realização de ajustes e expansão dos sistemas sociais relacionados com a atenção à pessoa idosa. Outra questão importante que dificulta a agenda da adaptação social ao crescente número de idosos diz respeito à grande heterogeneidade das regiões brasileiras em relação ao processo de envelhecimento. De modo geral, o processo de envelhecimento, independentemente dos fatores étnicos, sociais e culturais inerentes a cada população, está associado a uma maior probabilidade de acometimento por doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT). O processo de envelhecimento normal envolve alterações desde o nível molecular, passando pelo morfofisiológico até o funcional. Estas alterações estão associadas à própria idade, e também se originam do acúmulo de danos, ao longo da vida, causados sobretudo pela interação entre fatores genéticos e hábitos não saudáveis, como uma dieta desbalanceada, tabagismo, etilismo e sedentarismo (GOTTLIEB et. al. 2011).

O Processo de envelhecimento caracteriza-se por diminuição da reserva funcional que, somada aos anos de exposição a inúmeros fatores de risco torna aos idosos mais vulneráveis às doenças. O Brasil atualmente possui cerca de 17,6 milhões de idosos. Segundo estimativas, em 2025, o país terá mais de 30 milhões de indivíduos com 60 anos ou mais, e ,cerca de 85%, apresentarão pelo menos uma

doença diante da crescente demanda de uma população que envelhece e importante oferecer-lhe uma atenção integral, integrada e humanizada por intermédio do Sistema Único de Saúde com participação popular, Inter setoriais e de educação permanente garantindo-lhe o acesso universal, igualitário e contínuo das ações e serviços, para prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial as doenças que os afetam com maior frequência pelo que torna-se necessária alguma mudança no contexto atual em direção à produção de um ambiente social e cultural mais favorável para melhorar sua qualidade de vida (BRASIL, 2006).

O Município de Maçambará possui uma população de 4,738 habitantes destes 2.418 são do sexo masculino 2.320 do sexo feminino. O Município só tem uma UBS no Centro (Área Urbana) e no interior (área rural) existem seis UBSs de Saúde com uma Estrutura Física Completa com as condições necessárias para oferecer os atendimentos. O município está dividido em 09 micro áreas para acompanhamento de ACS sendo 03 no centro e 06 no interior. Existe uma equipe de saúde integrada por Clínico Geral, Enfermeira, Agente Comunitário de Saúde, Nutricionista, Odontólogo e Fisioterapeuta (PREFEITURA MAÇAMBARÁ, 2010).

Os atendimentos Psicológicos são feitos pela Psicóloga de Educação com a que temos contrato, para atenção aos usuários.

Na atualidade na UBS temos 647 pessoas de 60 anos ou mais residentes no Município, representando 14 % da população, e só 433 são os que fazem acompanhamento na UBS 67%, este grupo populacional apresenta Doenças Crônicas não Transmissíveis (HAS, DM e Hipercolesterolemia) bem controladas como consequência dos maus hábitos alimentares, do tabagismo, obesidade, sedentarismo, eles comparecem as consultas médicas para controle e acompanhamento (SMS MAÇAMBARÁ, 2014).

Orientamos junto a nutricionista hábitos alimentares saudáveis, a pratica de atividades físicas para diminuir essas doenças. Não temos o controle de 100% que pertencem a nossa área da abrangência pelo que poderíamos fazer uma intervenção na comunidade com os A.C.S e os parceiros para buscar aos faltosos, também apresentamos dificuldades com avaliação multidimensional rápida, os indicadores de fragilização na velhice e avaliação das necessidades da atenção da saúde Bucal que não se cumprem em 100% das pessoas da terceira idade.

O projeto de intervenção pretende valorizar a implantação do acolhimento na UBS, uma construção coletiva envolvendo a comunidade e todos os profissionais da Área de Saúde da Família e demais funcionários.

Serão adotadas ações que consistem na formulação do fluxo de atendimento e protocolo de avaliação, classificação de risco, composição de equipe de acolhimento. Entre os resultados esperados desta intervenção destacam-se a qualificação de atenção, fortalecimento do controle social no período de três meses. As dificuldades são organizar os atendimentos das pessoas fora da área do município, o que dificulta também fazer as atividades de promoção e prevenção em saúde em sua totalidade.

A Equipe tem uma grande preocupação por dar solução aos problemas que apresentamos para melhorar os indicadores para oferecer uma melhor qualidade de vida e essas pessoas.

A proposta é com intervenção dos gestores, fazer ações de Promoção de Saúde humanização do trabalho e participação da Comunidade, e aplicação dos princípios fundamentais do SUS: Universalidade Integralidade e Equidade, e dar cumprimento aos objetivos e metas para melhorar os indicadores de qualidade e oferecer uma ótima atenção aos usuários.

2.2 Objetivos e metas

Melhorar a qualidade da atenção à saúde dos Idosos com 60 anos ou mais na UBS Maçambara R/S.

2.2.1 Objetivo geral

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Relacionada ao Objetivo 1- Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso

Meta1: Cadastrar 80 % dos idosos da área de abrangência

Relacionadas ao Objetivo 2 - Melhorar a qualidade da atenção à saúde dos Idosos

Meta2: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos incluídos no projeto

Meta3: Realizar em 100% o exame clínico apropriado em a primeira consulta, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida de sensibilidade para todos os diabéticos.

Meta4: Realizar exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos

Meta5: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos

Meta6: Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. .

Meta7: Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Meta8: Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Meta9: Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM).

Meta10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Meta11: Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Relacionada ao Objetivo 3 - Melhorar a adesão da atenção dos idosos

Meta12: Realizar busca ativa a 100% dos idosos faltosos às consultas programadas

Relacionadas ao Objetivo 4 - Melhorar registros das informações

Meta13: Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Meta14: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados

Relacionadas ao Objetivo 5 - Mapear os idosos de risco da área de abrangência

Meta15: Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Meta16: Investigar a presença de indicadores de fragilização na 3ª idade em 100% das pessoas idosas.

Meta17: Avaliar a rede social de 100% dos idosos

Relacionadas ao Objetivo 6 - Promover a saúde das pessoas idosas

Meta18: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Meta19: Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% dos idosos.

Meta20: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

2.3 Metodologia

O Projeto será desenvolvido em 3 meses na Unidade de Saúde de Maçambara R/S, com a participação das pessoas idosas de 60 anos ou mais que pertencem na área de abrangência. A equipe utilizara para o assessoramento o Caderno de Atenção Básica nº 19: Envelhecimento e Saúde da pessoa Idosa e o Protocolo de Atenção à Saúde Idoso Município, 2010, e para o controle e organização do trabalho e utilizada a Ficha de Espelho, Planilha de Coleta de Dados.

2.3.1 Detalhamento das ações

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

Meta 1 Cadastrar 80 % dos idosos da área de abrangência

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde mensalmente

Detalhamento: O monitoramento e avaliação da cobertura dos Idosos da área de abrangência serão realizados semanalmente, e quinzenalmente nas reuniões de equipe que ocorrem na sexta- feira na tarde o médico irá apresentar para equipe.

Organização e gestão dos serviços

Ação - Acolher todos os Idosos incluídos no foco da intervenção

Detalhamento: Os usuários idosos serão acolhidos diariamente pelas duas Enfermeiras e técnicas de enfermagem, no horário da manhã e tarde.

Ação-Atualizar o Cadastramento dos idosos da área de cobertura da UBS incluídos no foco da intervenção.

Detalhamento Os usuários serão cadastrados pelo médico nas consultas feitas.

Ação - Atualizar as informações do SIAB a cada semana.

Detalhamento: A Enfermeira vai atualizar as informações do SIAB semanalmente.

Engajamento Publico

-Ação Fazer palestras nas Comunidades para que a população conheça a importância que tem o acompanhamentos dos idosos na unidade de saúde.

Detalhamento Os ACS e Enfermeiras organizarão reuniões mensais com a Comunidade e também nas reuniões dos gestores no interior para informar lhes a existência do Programa de Atenção Integral as Pessoas Idosas e a importância que as pessoas da terceira idade tenham acompanhamento sistemático na Unidade de Saúde.

-Ação - Dispensar Folders informativos na UBS e na Secretaria de Saúde para que a população conheça a existência do Programa de Atenção Integral a pessoas Idosas.

Detalhamento A Enfermeira será responsável de buscar os folders para informar a comunidade a existência do Programa de Atenção Integral as Pessoas Idosas.

Qualificação da Prática Clínica

- **Ação** Capacitar a Equipe no Acolhimento aos Idosos

Detalhamento O médico do Programa capacitara as Enfermeiras e técnicas de enfermagem para melhorar o acolhimento a estas pessoas.

- **Ação** Capacitar a todos os A.C.S. na busca dos Idosos que não estão fazendo acompanhamento na Unidade.

Detalhamento A Enfermeira da Equipe organizara uma capacitação aos ACS para a busca ativa dos idosos faltosos

Objetivo 2: Melhorar a Qualidade da Atenção ao Idoso

Meta 2 Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de todos os idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos incluídos no projeto

Detalhamento: O monitoramento de Avaliação Multidimensional Rápida será realizado pelo médico diariamente a partir do registro na ficha-espelho e discutido em reunião de equipe.

Organização e gestão do Serviço

Ação: Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em 100% dos idosos (balança, antropométrico, Tabela de Snellen)

Detalhamento Os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida serão garantidos pela Secretaria de Saúde.

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida.

Detalhamento: Serão especificadas atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários idosos pelo médico especializado.

Engajamento público

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável.

Detalhamento: A Comunidade serão orientada através da reunião mensal realizadas pelo médico especializado, com auxílio do Enfermeira e também através das visitas domiciliares.

Qualificação da prática clínica

Ação: Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

Detalhamento: A capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde será realizada pelo médico com auxílio do Enfermeira.

Ação: Treinar a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida e o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas.

Detalhamento O treinamento da Equipe serão realizados pelo médico.

Objetivo 2: Melhorar a Qualidade da Atenção ao Idoso

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento O monitoramento de exames clínicos apropriados será realizado pelo médico, a partir das fichas-espelho e solicitado aos gestores a garantia da realização dos mesmos.

Organização e gestão do serviço

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico dos idosos.

Detalhamento Serão especificados atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários idosos pelo médico especializado.

Ação Garantir busca a idosos que não realizaram exame clínico apropriado.

Detalhamento A busca a idosos que não realizaram exame clínico apropriado serão feita pelos ACS.

Ação: Organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento A agenda para o acolhimento dos idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas serão organizada pela Enfermeira.

Ação: Garantir a referência e contra referência de usuários com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades.

Detalhamento O médico é o responsável de garantir a referência e contra referência de usuários com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades.

Engajamento público

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento A orientação aos usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, serão feitas pelo médico.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento A capacitação da equipe para a realização de exame clínico apropriado será durante as reuniões realizadas pela equipe de saúde, quinzenalmente na UBS, pelo médico especializando.

Ação: Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento A capacitação da Equipe para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas serão feita pelo médico nas reuniões de equipe cada quinze dias.

Objetivo 2: Melhorar a Qualidade da Atenção ao Idoso

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada e com protocolo adotado na unidade de saúde.

Detalhamento Será realizada semanalmente através da verificação das fichas-espelho pela técnica de enfermagem.

Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares

Detalhamento Os exames complementares serão indicados pelo médico especializando em cada consulta e visitas domiciliares.

Ação: Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Detalhamento: Os exames complementares serão definidos e agilizados pelo médico especializando.

Ação: Estabelecer sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados.

Detalhamento Será realizada diariamente pela Enfermeira através da verificação das fichas-espelho.

Engajamento público

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

Detalhamento: A orientação aos usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares ficará sob responsabilidade do ACS e do médico durante a consulta.

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: A orientação aos usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares ficará sob responsabilidade do ACS.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Detalhamento A capacitação da equipe será realizada pelo médico especializando durante a reunião de equipe que acontece quinzenalmente.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção aos idosos.

Meta 5 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos idosos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia /Hiperdia.

Detalhamento O farmacêutico fará o controle do acesso aos medicamentos da Farmácia /Hiperdia.

Organização e gestão do serviço

Ação: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Detalhamento: O controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos serão realizado pela Farmacêutica.

Ação: Manter um registro das necessidades de medicamentos dos idosos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: O registro das necessidades de medicamentos será feito a partir da ficha-espelho pelo farmacêutico e revisado mensalmente

Engajamento Público

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia /Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: As orientações aos usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos na Farmácia /Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso serão feitas pelo ACS e enfermeiro, em cada consulta e visitas domiciliares.

Qualificação da prática clínica

Ação: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e Diabetes

Detalhamento: A atualização do profissional no tratamento da hipertensão e Diabetes será feita pelo médico especializando.

Ação: Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: A capacitação da equipe será realizada pelo médico especializando e pelo farmacêutico durante a reunião de equipe que acontece quinzenalmente

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção aos Idosos.

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Detalhamento Serão feitos a través das visitas domiciliares pelas enfermeiras e pela médica.

Organização e gestão do serviço

Ação Garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa.

Detalhamento O registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa serão garantidos pelo médico e a enfermeira.

Engajamento Público

Ação Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da Unidade de Saúde.

Detalhamento: Os ACS e Enfermeiras organizaram reuniões mensais com a Comunidade e também nas reuniões dos gestores no interior para informar lhes na comunidade a existência do Programa de Atenção Integral as Pessoas Idosas

Qualificação da Prática Clínica

Ação Capacitar os ACS para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência.

Detalhamento: A Enfermeira da Equipe organizara uma capacitação aos ACS para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção aos Idosos.

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: Serão feitos pela Enfermeira quinzenalmente nas visitas domiciliares realizadas

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: A Enfermeira organizara a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção semanalmente.

Engajamento Público

Ação: Orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar.

Detalhamento: As orientações a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar serão dadas pelos ACS nas visitas domiciliares semanalmente. e nas reuniões planejadas pelo médico e a enfermeira com os líderes da comunidade.

Ação: Orientar a comunidade sobre a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: As orientações à comunidade sobre a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados ou com problemas de locomoção serão dadas pelos ACS nas visitas domiciliares realizadas cada semana.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Orientar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção e para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar.

Detalhamento As orientações aos ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção e para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar, serão feitas pelo médico e Enfermeira nas reuniões da equipe.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção aos Idosos.

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número idosos submetidos a rastreamento para HAS, periodicamente

Detalhamento Serão feitos pela Enfermeira

Organização e gestão do serviço

Ação Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS.

Detalhamento Os acolhimentos serão feitos na recepção e na sala de triagem pelos integrantes da equipe

Ação Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

Detalhamento: O material adequado será providenciado pelo enfermeiro ou técnico em enfermagem.com o apoio do gestor municipal.

Engajamento Público

Ação Orientar a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS.

Detalhamento: Os ACS, Enfermeiro e médico organizarão em suas áreas, uma reunião mensal, nas comunidades com usuários idosos, para informá-los sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS.

Qualificação da Prática Clínica

Ação Capacitar a equipe da Unidade de Saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Detalhamento: O médico nas reuniões quinzenal capacitará a equipe da Unidade de Saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção aos Idosos.

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

Monitoramento e avaliação

Ação Monitorar número idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM, periodicamente.

Detalhamento: Serão feitos pela Enfermeira

Organização e gestão do serviço

Ação Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM.

Detalhamento: Os acolhimentos serão feitos na recepção e na sala de triagem pelos integrantes da equipe

Ação Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento: O material adequado será providenciado pelo enfermeiro ou técnico em enfermagem com apoio do gestor municipal.

Ação Criar sistema de alerta na ficha de acompanhamento para indicador o idoso que provavelmente terá que realizar o hemoglicoteste.

Detalhamento: Será realizada diariamente pela Enfermeira através da verificação das fichas-espelho.

Engajamento Público

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

Detalhamento: Os ACS, Enfermeiro orientarão às comunidades sobre a importância do rastreamento para DM em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica.

Ação Orientar à comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM

Detalhamento: A Enfermeiro e o médico orientarão às comunidades sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM nas reuniões com na comunidade.

Qualificação da Prática Clínica

Ação Capacitar a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

Detalhamento: Será realizado através de treinamentos pelo Enfermeiro na sala de triagem na UBS.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção aos Idosos.

Meta 10 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Monitoramento e avaliação

Ação Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de idosos.

Detalhamento: O monitoramento dos idosos que necessitam de atendimento odontológico será feito pela equipe odontológica..

Organização e gestão do serviço

Ação Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde.

Detalhamento: Os usuários idosos serão acolhidos diariamente pelas duas Enfermeiras e técnicas de enfermagem, no horário da manhã e tarde.

Ação Cadastrar os idosos na unidade de saúde.

Detalhamento: O cadastramento serão realizado pelos ACS nas visitas domiciliares feitas na Comunidade.

Ação Oferecer atendimento prioritário aos idosos na unidade de saúde.

Detalhamento: O Odontólogo oferecera os atendimentos prioritários dos idosos a Segunda e Quarta Feiras de cada semana.

Ação Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.

Detalhamento: A Organização da agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos serão feita pelo odontólogo.

Engajamento Público

Ação Informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de idosos.

Detalhamento: Através de reunião mensal com a comunidade que será realizada pelo enfermeiro e ACS e também através das visitas domiciliares

Qualificação da Prática Clínica

Ação Capacitar a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em idosos.

Detalhamento A capacitação da equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos idosos será feita pelo odontólogo.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção aos Idosos.

Meta 11 Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Monitoramento e avaliação

Ação Monitorar número de idosos cadastrados na Unidade em acompanhamento odontológico no período.

Detalhamento: O monitoramento dos idosos cadastrados na Unidade em acompanhamento odontológico no período será feito pela equipe odontológica.

Organização e gestão do serviço

Ação Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde.

Detalhamento: Os usuários idosos serão acolhidos diariamente pelas duas Enfermeiras e técnicas de enfermagem, no horário da manhã e tarde e pela recepcionista.

Ação Monitorar a utilização de serviço odontológico por idosos da área de abrangência.

Detalhamento: O monitoramento da utilização de serviço odontológico por idosos da área de abrangência será feito pelo ACS e pela Enfermeira.

Ação Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.

Detalhamento: A Organização da agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos serão feita pelo odontólogo

Ação Oferecer atendimento prioritário aos idosos.

Detalhamento: O Odontólogo oferecerá os atendimentos prioritários dos idosos a Segunda e Quarta Feiras de cada semana.

Engajamento Público

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

Detalhamento: A través de reunião mensal com a comunidade que será realizada pelo enfermeiro e ACS e através das visitas domiciliares e também nas consultas feitas pelo medico .

Ação Esclarecer a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais. E Ouvir a comunidade sobre estratégias para captação de idosos para acompanhamento odontológico.

Detalhamento: A través de reunião mensal com a comunidade que será realizada pelo enfermeiro e ACS e também através das visitas domiciliares

Qualificação da Prática Clínica

Ação Capacitar a equipe para realizar acolhimento do idoso de acordo com protocolo.

Detalhamento: Serão feitos pelo Médico nas reuniões da equipe efetuadas quinzenalmente

Ação Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico.

Detalhamento: Serão feito pelo Médico nas reuniões da equipe

Ação Capacitar os ACS para captação de idosos.

Detalhamento: À Capacitação dos ACS serão feita pelas Enfermeira.

Objetivo 3: Melhorar a adesão das pessoas idosas no Programa

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

Monitoramento e Avaliação

Ação Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela unidade de saúde.

Detalhamento: O monitoramento do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) será feito pelos ACS e enfermeiro.

Organização e gestão do serviço

Ação Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

Detalhamento: A organização de visitas domiciliares para buscar os faltosos ficará sob responsabilidade dos ACS e enfermeiro de forma semanal.

Ação Organizar a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: A organização da agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares serão feita pela Enfermeira.

Engajamento Público

Ação Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Detalhamento: Através de reunião mensal com a comunidade que será realizada pelo enfermeiro e ACS ,através das visitas domiciliares e também nas consultas feitas pelo médico.

Ação Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos idosos (se houver número excessivo de faltosos).

Detalhamento: Através de reunião mensal com a comunidade que será realizada pelo enfermeiro e ACS e também através das visitas domiciliares

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

Detalhamento: Serão feitas reuniões com a comunidade que será realizada pelo enfermeiro e ACS ,através das visitas domiciliares e também nas consultas feitas pelo médico.

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento: O treinamento dos ACS para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade, será feita pelo enfermeiro quinzenalmente

Ação Definir com a equipe a periodicidade das consultas.

Detalhamento: Serão feitos nas reuniões da equipe.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

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

Monitoramento e Avaliação

Ação Monitoramento da qualidade dos Registros do idosos que faz atendimentos na UBS

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão o monitoramento da qualidade dos Registros dos Idosos que fazem consultas acompanhados na unidade de saúde coletando os dados das fichas de atendimentos médicos e odontológicos e serão informados nas reuniões da equipe.

Organização e Gestão do Serviço

Ação Manter as informações do SIAB atualizadas semanalmente.

Detalhamento: As informações do SIAB serão atualizadas pela Enfermeira semanalmente

Ação Implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos

Detalhamento: A planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos serão feitas e implantadas pelo médico da Equipe

Ação Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: O registro de informações será feita pelo enfermeiro de forma mensal.

Ação Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: O monitoramento dos registros será feito pelo médico especializando de forma mensal.

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

Detalhamento: O médico organizara um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, na realização de exame complementar, a não realização da Avaliação Multidimensional Rápida e dos demais procedimentos.

Engajamento Público

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

Detalhamento: Se organizará pela equipe dentro de cada micro área, encontros no primeiro mês do projeto onde serão abordados sobre o direito em relação a manutenção dos registros de saúde.

Qualificação da Prática Clínica

Ação Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos.

Detalhamento: A Secretaria de Saúde organizará com os gestores do estado fazer videoconferências para que a equipe seja treinada no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

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

Monitoramento e Avaliação

Ação Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Detalhamento: O monitoramento dos registros será feito pelo médico especializando de forma mensal.

Organização e Gestão do Serviço

Ação Solicitar ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Detalhamento: Será feito pela Enfermeira

Engajamento Público

Ação Orientar os idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção.

Detalhamento: Se organizará pelo equipe dentro de cada micro área, encontros primer mês do projeto onde serem abordados sobre o direito em relação a manutenção dos registros de saúde.

Qualificação da Prática Clínica

Ação Capacitar a equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa.

Detalhamento: O médico organizará a capacitação nas reuniões com relação ao preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa.

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

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

. Monitoramento e Avaliação

Ação Monitorar o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência.

Detalhamento: O monitoramento do número de usuários idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência será feita pelo médico especializando

Organização e Gestão do Serviço

Ação Priorizar o atendimento a idosos de maior risco de morbimortalidade.

Detalhamento O atendimento dos usuários avaliados como de alto risco será realizado pelo médico especializando, tanto em consultas e visitas domiciliares.

Engajamento Público

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

Detalhamento Os usuários serão orientados pelos Médico e Enfermeira em cada visita domiciliar e nas consultas.

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento A capacitação dos profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa serão feita pelo médico especializando

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

Meta 16 Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Monitoramento e Avaliação

Ação Monitorar o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice.

Detalhamento: O monitoramento de número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice serão feito pelo médico nas consultas

Organização e Gestão do Serviço

Ação Priorizar o atendimento idosos fragilizados na velhice.

Detalhamento Os atendimentos dos idosos fragilizados na velhice serão feitos com prioridade pelo médico especializando.

Engajamento Público

Ação Orientar os idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente.

Detalhamento A orientação aos usuários fragilizados sobre a importância do acompanhamento mais frequente serão feita pela enfermeira em reunião mensal na comunidade

Qualificação da Prática Clínica

Ação Capacitar os profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice.

Detalhamento A capacitação dos profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice serão feita pelo médico especializando

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

Meta 17 Avaliar a rede social de 100% dos idosos

Monitoramento e Avaliação

Ação Monitorar a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados e os idosos com rede social deficiente.

Detalhamento Serão feito pela enfermeira e ACS.

Organização e Gestão do Serviço

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

Detalhamento Os ACS, e Enfermeira agendarão as visitas domiciliares a idosos com rede social deficiente

Engajamento Público

Ação Orientar os idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde e estimular na comunidade a promoção da socialização da pessoa idosa (trabalhos em igrejas, escolas, grupos de apoio.) e do estabelecimento de redes sociais de apoio.

Detalhamento Os usuários serão orientados pelos ACS e enfermeira em cada visita domiciliar e nas reuniões com a comunidade.

Qualificação da Prática Clínica

Ação Capacitar a equipe para avaliar a rede social dos idosos.

Detalhamento O médico e responsável de dar capacitação da equipe para avaliar a rede social dos idosos.

Objetivo 6 Promover a saúde dos idosos.

Meta 18 Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Monitoramento e Avaliação

Ação Monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos.

Detalhamento Através das fichas-espelho pelo enfermeiro mensalmente.

Ação Monitorar o número de idosos com obesidade / desnutrição.

Detalhamento A nutricionista e a responsável de monitorar o número de idosos com obesidade / desnutrição.

Organização e Gestão do Serviço

Ação Definir o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Detalhamento Serão definidos nas reuniões de equipe A nutricionista médico e enfermeira orientarão para alimentação saudável.

Engajamento Público

Ação Orientar os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis.

Detalhamento A comunidade receberá as orientações sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis nas reuniões planejadas

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento A nutricionista oferecerão capacitação para conhecer e orientar as pessoas idosas a importância da alimentação saudável como estabelece a guia alimentar para a população Brasileira

Ação Capacitar a equipe para a orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento A nutricionista oferecerão capacitação para conhecer e orientar as pessoas idosas diabéticos e hipertensos a importância da alimentação saudável

Objetivo 6 Promover a saúde dos idosos.

Meta 19 Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Monitoramento e Avaliação

Ação Monitorar a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos e o número de idosos que realizam atividade física regular.

Detalhamento O monitoramento será feito pela enfermeira nas fichas de espelho mensalmente

Organização e Gestão do Serviço

Ação Definir o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular.

Detalhamento A orientação aos idosos sobre a importância da prática de atividade física regular será feita pelos ACS em visitas domiciliares, e pela fisioterapeuta durante a reunião mensal com a comunidade e também nas consultas médicas.

Ação Demandar do gestor municipal parcerias institucionais para realização de atividade física.

Detalhamento O médico serão o responsável de demandar ao gestor municipal as parcerias institucionais para realização de atividade física.

Engajamento Público

Ação Orientar os idosos e a comunidade para a realização de atividade física regular.

Detalhamento A orientação aos idosos e a comunidade sobre a realização de atividade física regular será feita pelos ACS em visitas domiciliares, pela fisioterapeuta durante a reunião mensal com a comunidade e também pelo médico nas consultas médicas.

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento O Clínico Geral oferecerão capacitação a equipe para orientar –lhes as pessoas idosas sobre a realização de atividade física regular.

Objetivo 6 Promover a saúde dos idosos.

Meta 20 Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

Monitoramento e Avaliação

Ação Monitorar as atividades educativas individuais.

Detalhamento Através das fichas-espelho pelo enfermeiro mensalmente.

Organização e Gestão do Serviço

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

Detalhamento

Engajamento Público

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

Detalhamento As orientações serão fornecidas durante a consulta clínica pelo médico, enfermeiro e odontólogo

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento A capacitação à equipe para oferecer orientações de higiene bucal será feita pelo odontólogo.

2.3.2 Indicadores

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

Meta1: Cadastrar 80 % dos idosos da área de abrangência

Indicador1. Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa de Idoso da unidade de saúde.

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

Objetivo2: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde

Meta2: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos incluídos no projeto

Indicador 2: Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia

Numerador: Número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia

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

Meta3: Realizar em 100% o exame clínico apropriado em a primeira consulta, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida de sensibilidade para todos os diabéticos.

Indicador3 Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia

Numerador: Número de idosos com exame clínico apropriado em dia

Denominador: Número total de idosos cadastrados na unidade de saúde.

Meta4: Realizar exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

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

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

Denominador: Número total de idosos cadastrados na unidade de saúde.

Meta5: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos

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

Numerador: Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular

Denominador: Número total de idosos cadastrados na unidade de saúde

Meta6: Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

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

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

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

Meta7: Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

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

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

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

Meta8: Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Indicador8: Proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta.

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

Denominador: Número total de idosos cadastrados na unidade de saúde.

Meta9: Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM).

Indicador9: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus

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

Meta10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Indicador10: 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.

Meta11: Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Indicador11: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática

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

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

Objetivo3: Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso

Meta12: Realizar busca ativa a 100% dos idosos faltosos às consultas programadas

Indicador 12: Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa.

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

Denominador: Número total de idosos pertencentes a área de abrangência da UBS.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Meta13: Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Indicador13: Proporção de idosos com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia

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

Denominador: Número total de idosos cadastrados na unidade de saúde .

Meta14: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados

Indicador 14: Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Numerador: Número de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.
Denominador: Número total de idosos cadastrados na unidade de saúde.

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

Meta15: Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Indicador15: Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.

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

Denominador: Número total de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da UBS.

Meta16: Investigar a presença de indicadores de fragilização na 3ª idade em 100% das pessoas idosas.

Indicador16: Proporção de idosos com avaliação para fragilização na 3ª idade em dia.

Numerador: Número de idosos investigados quanto à presença de indicadores de fragilização na 3ª idade.

Denominador: Número total de idosos cadastrados na unidade de saúde.

Meta17: Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

Indicador17: Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia.

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.

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

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos

Meta18: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Indicador18: Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

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

Denominador: Número total de idosos cadastrados na unidade de saúde.

Meta19: Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Indicador19: 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.

Meta20: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

Indicador20: 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.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no Programa Saúde da Pessoa Idosa vamos a dotar o Manual Técnico de Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa do Ministério de Saúde, 2006. Utilizaremos a ficha da atenção aos idosos (disponibilizada pelo curso). Estimamos alcançar com a intervenção 346 pessoas com 60 anos ou mais. Faremos contato com o gestor Municipal para dispor das 346 fichas complementares que serão anexadas a ficha já existente do usuário para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

Para organizar o registro específico do programa, o médico e os ACS irão cadastrar todos os idosos nas consultas feitas e também nas visitas domiciliares .

Começaremos a intervenção com a capacitação sobre o Manual Técnico de Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa para que toda a equipe utilize esta referência na atenção as pessoas idosas. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto serão reservada 1 hora ao final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para a reunião de equipe na última sexta-feira do mês na tarde.

Cada membro da Equipe estudará uma parte do Manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe.

O acolhimento dos idosos que buscarem o serviço será realizado pelas Enfermeiras e técnicas de enfermagem dividido em dois turnos de trabalho amanhã e tarde. Idosos com problemas agudos serão atendidos no mesmo turno para agilizar o tratamento de intercorrências. Os acolhimentos serão feitos o rastreamento da pressão arterial e Diabetes Mellitus com uma tomada da pressão arterial sustentada o maior que 135/80 mmHg. Os agendamentos dos idosos da busca ativa serão reservadas 8 consultas por dia acolhimento.

Faremos contato com associação de moradores e com os representantes da comunidade nas quatro igrejas da área de abrangência e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância da atenção à saúde dos idosos Solicitaremos apoio da comunidade e assistiremos na Emissora de rádio no sentido de garantir que todos os idosos compareçam aos atendimentos na UBS, e de esclarecer a comunidade sobre a existência do programa de atenção as pessoas com 60 anos ou mais e de importância de priorizar os atendimentos deste grupo populacional .

Semanalmente a enfermeira examinará as fichas dos usuários idosos identificando aqueles que estão com consultas, exames clínicos, exames laboratoriais ou vacinas em atraso. O agente comunitário de saúde fará busca ativa de todos os idosos em atraso, estima-se 6 por semana totalizando 24 por mês e serão apoiados no interior pelos parceiros treinados para realizar essa ação. Ao fazer a busca já agendará ao idoso para um horário de sua conveniência. E também nessa reunião atualizarão o registro e planejaremos as visitas aos idosos acamados e com problemas de locomoção que serão feitas pelas enfermeira e medico nas quinta feira de cada semana pelas manhã nas.

O médico nessa primeira consulta fara o cadastramento, a avaliação multidimensional rápida ao 100 % dos idosos que ainda não a tenham feita, assim serão identificados as pessoas idosas de maior risco de morbimortalidade, fragilização na velhice e orientará aos usuários sobre hábitos alimentares saudáveis, informando à equipe nas reuniões que se realizarão nas quintas-feiras quinzenalmente, onde o monitoramento e avaliação serão realizadas.

A nutricionista as segundas-feiras de cada semana dará agendamento aos idosos que serão encaminhados pelo médico orientando-lhes hábitos alimentares saudáveis, priorizando os que tenham maior risco, as anotações serão preenchidas

na ficha nutricional e a enfermeira na revisão das fichas semanalmente rastreará os que ainda não tenham avaliação pela nutricionista.

A Fisioterapeuta é a responsável de orientar aos idosos e planejar, em parceria com o professor de educação física a importância da prática de atividade física regular para a saúde sendo que tais atividades são desenvolvidas as atividades com os grupos de idosos uma vez por semana, em cada comunidade do nosso município, e a enfermeira junto ao agente comunitário de saúde fará a visita no domicílio aos idosos identificados com rede social deficiente e informará nas reuniões efetuadas pela equipe para a atualização dos dados no registros .

Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha-espelho serão consolidadas na planilha eletrônica.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Ao início da Intervenção as atividades desenvolvidas foram de orientação a todo a equipe: enfermeira, odontóloga, nutricionista, fisioterapeuta e outros profissionais da saúde e da população, envolvendo os gestores, na comunidade, e parceiros. Houve capacitação da equipe, e dos ACS para ganhar o conhecimento do que aconteceria nas semanas posteriores, baseado no Protocolo e Cadernos de Atenção Básica das Pessoas Idosas do Ministério da Saúde.

Posteriormente deu-se início ao cadastramento das pessoas idosas e preenchimento da planilha de coleta de dados e ficha-espelho. No primeiro mês forem cadastrados poucos usuários (105 -24.2%), porque ainda a população não tinha conhecimento da Intervenção, e do que aconteceria diante a mesma, mas nos meses posteriores, o projeto teve uma boa divulgação com apoio da rádio local, e aproveitando as atividades educativas feitas nos diferentes cenários de Educação, Saúde, CRAS e nas igrejas. Quando os usuários não compareciam à consulta era realizada busca ativa, com grande esforço dos ACS, e também pela rádio e por telefone. Muito importante o apoio oferecido pela Secretaria de Saúde e a Prefeitura com os carros para a recolhida nas casas dos usuários acamados e dificuldade de locomoção, a recolhida no interior, áreas de muito difícil acesso ou quando houve chuvas o que possibilitou o aumento dos números de atendimentos.

Todos os idosos cadastrados foram controlados através da planilha pelo médico, para verificar se estavam em dia com o exame clínico. Também havia o monitoramento através da planilha dos que necessitavam de medicação, sendo que eram prescritas medicações da farmácia popular, onde nem todos estiverem o

cadastramento mais o que aconteceu é que nem todos apresentavam doenças de HSA e DM e outras doenças crônicas, pelo que só cadastramos os que precisavam de medicamentos Hipertensão ou outros controlados.

Todos os usuários idosos cadastrados na UBS (387) tem feito exame clínico apropriado, avaliação multidimensional, de fragilização na velhice, da rede social, avaliação de risco de morbimortalidade e verificação da pressão arterial na última consulta, porém já atualizadas as fichas espelho e entregadas as cadernetas da pessoa idosa a 100% deles, pelo que estão expressando a satisfação de pela primeira vez ter atenção priorizada com relação a seus atendimentos integrais odontológicos, oftalmológicos, exames laboratoriais, com a nutricionista e fisioterapeuta e com os encaminhamentos a outras especialidades, que ainda temos demoras em algumas como: angiologia. A secretaria de saúde tem maior conscientização e de agora em diante após um encontro feito, dará prioridade a essas pessoas.

Observasse que estão aumentando-se a quantidade dos atendimentos a pessoas com doenças crônicas hipertensão e diabetes até agora temos cadastrados 311, pelo que 100% tem solicitação de exame complementares periódicos e tem prescrição na farmácia da UBS. A Farmacêutica tem controlado e atualizado o estoque (HIPERTENSÃO) dos medicamentos utilizados para essas pessoas, mais foi um grande desafio que a Metformina de 850mg e Losartana 25 e 50mg tiveram em falta em nossa farmácia e os usuários ficaram sem tratamento, pelo que eles não compram na Farmácia Comunitária. O monitoramento do controle de estoque dos medicamentos Hipertensão e feito pela enfermeira.

Os que apresentam doenças crônicas como HSA, DM e alterações do metabolismo lipídico recebem orientações pelo médico nas consultas e também são encaminhados ao nutricionista, que orienta sobre o Guia Alimentar.

Diante o desenvolvimento da Intervenção foram atendidos 387 idosos um 89.4% estimativa proposta foi de 80% pois tínhamos certeza que a localização da população do interior seria muito difícil, porque os que moram mais perto dos municípios vizinhos que já estão acostumados a assistir aos atendimentos no UBS, e outros poucos que assistem ao consultas privadas.

Conseguimos melhorar o índice de atendimentos odontológicos, o que facilitou foi o apoio oferecido pelo odontologista que atendem nas escolas, e as estratégias com a auxiliar de odontologia para agendamento aos usuários idosos.

Além disso, fizemos duas campanhas de atendimentos clínicos, de vacinação contra gripe e outras vacinas, e realizamos um bate papo com as pessoas presentes, que também ficaram curiosas e contentes porque nunca antes isso havia acontecido em sua comunidade.

Em parceria com a Vigilância em Saúde, foi abordado temas como água e dengue, já que nosso município possui o vetor transmissor de dengue. Mas são feitas ações de saneamento ambientais e vigilância epidemiológica nas casas e escritórios pela vigilante epidemiológica pelo que ainda não temos nenhum caso positivo. Quanto à água, orientamos sobre a sua importância, a necessidade de fazer economia e tratamento da mesma. Foi um ótimo trabalho, pois acredito que conseguimos convencer as pessoas que a água tem que ser tratada e que é um bem precioso no nosso dia-a-dia.

A fisioterapeuta planejou e realizou a atividade Vida Ativa com o grupo de idosos junto com o professor de educação física da escola, foi feita no prédio no local da ginástica e na praça, participaram 21 idosos e falamos da importância de fazer as atividades físicas, para prevenção das doenças crônicas. Com a intervenção estão envolvidos toda a população, gestores e trabalhadores da saúde, aplicando os quatro eixos temáticos do curso: Monitoramento e Avaliação, Organização e Gestão do Serviço Engajamento Público, Qualificação da Prática Clínica.

A equipe planejou fazer todas as atividades de promoção e educação em saúde na UBS, mas não temos um local para a realização das mesmas, então tivemos que aproveitar os diferentes cenários das Escolas, da CRAS, CTG e das igrejas para deslocarmos e oferecer ali essas atividades com muita boa qualidade e grandes quantidades de pessoas idosas observando-se a motivação. Outras têm sido feitas na recepção, às oito da manhã e 13.00 horas antes e começar as consultas, mas acontece que ali às vezes temos pessoa ou criança que interfere quando estão nos bate papos ou oferecendo as orientações. O mais importante é que o médico oferece aos idosos cadastrados e atendidos nas consultas as orientações quanto à necessidade de uma alimentação natural, simples e saudáveis composta de verduras, legumes, frutas frescas, cuidado com o uso cauteloso do sal e se possível, usar o óleo de oliva ou girassol (gordura insaturada) nos alimentos, a prática de exercícios físicos muito úteis na recuperação de usuários.

Tivemos grandes êxitos nas atividades educativas porque houve uma boa participação da comunidade, estão cumprindo com um dos objetivos da Atenção primária de Saúde ação de prevenção das doenças.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as atividades e ações previstas no projeto foram desenvolvidas com algumas dificuldades, mais todas foram feitas.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Em relação às dificuldades encontradas na coleta e sistematização dos dados relativos à intervenção, observamos que a planilha foi de fácil preenchimento, mais era muito difícil conseguirmos realizar esta atividade durante o expediente pela excessiva demanda de usuários, e tivemos que utilizar tempo extra para o preenchimento da ficha de espelho. No entanto, uma vez que os usuários cadastrados ficam atualizados nos meses seguintes, facilitou o preenchimento dos dados.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

O gestor do município tomou conhecimento da intervenção desenvolvida na UBS pelo ESF e apoiou de maneira continua sem alguma condição ou barreira o que facilitou a qualidade das atividades coletivas como no grupo de atenção a saúde da pessoa idosa, melhor qualidade das palestras e capacitações da equipe, e uma melhora na qualidade dos atendimentos dessas pessoas. São obtidos muitos benéficos.

Na UBS não estava implantado o sistema de agendamento aos usuários mais desde o começo da Intervenção tivemos que organizar a agenda de trabalho dos profissionais e de agora em diante estão organizados pelos diferentes grupos populacionais por cada dia da semana.

Quanto à incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço percebeu-se, durante as reuniões, que a equipe mostrou-se satisfeita e estimulada

com a intervenção e referiu que irá continuar com as atividades, porém a unidade de saúde vai passar por várias mudanças dentre elas a mudança do pessoal como enfermeira, técnicas em enfermagem, e o médico clínico geral o que deve comprometer o seguimento da qualificação do atendimento destes usuários para uma melhora da qualidade dos atendimentos destas pessoas. Proporemos a gestora de saúde é a incorporação dos demais clínicos gerais aos atendimentos das pessoas idosas.

A Intervenção foi muito positiva e produtiva, quanti e qualitativamente, mostrando um melhoramento das ações na atenção as pessoas Idosas pelo que as mesmas serão mantidas rotineiramente na UBS.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Objetivo 1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso

Meta1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 80%.

A UBS Maçambara tem uma estimativa, segundo o CAP, de 647 pessoas idosas, mas apenas 433 recebem assistência médica pela equipe de saúde. Ao avaliar o início da Intervenção nesse primeiro mês foram cadastrados 105 idosos (24.2%) correspondendo um valor muito baixo, pelo que achamos que foi o começo quando ainda a população não conhecia do andamento da Intervenção.

Os valores foram considerados para o denominador “Número total de idosos residentes na área de abrangência da equipe, que são 433 usuários”.

Como meta, visávamos cadastrar 80% destes. O que encontramos foi uma cobertura de 24.2% (105 pessoas) no primeiro mês, 52.7 % (228 pessoas) no segundo mês e 89.4% (387 pessoas) no terceiro mês.

Durante a intervenção cadastramos todos os usuários que vieram à consulta, mas estávamos com poucos cadastrados no primeiro mês, então tivemos a ideia de informar na rádio para aumentar a divulgação, e também aproveitar os diferentes cenários: Educação, Cultura e nas Igrejas para fazer atividades educativas para que a população se motivasse a participar da intervenção. A recepcionista fez ligações aos faltosos e tivemos um grande apoio da Prefeitura e da Secretaria de Saúde com os carros na busca dos idosos nas casas e principalmente no interior.

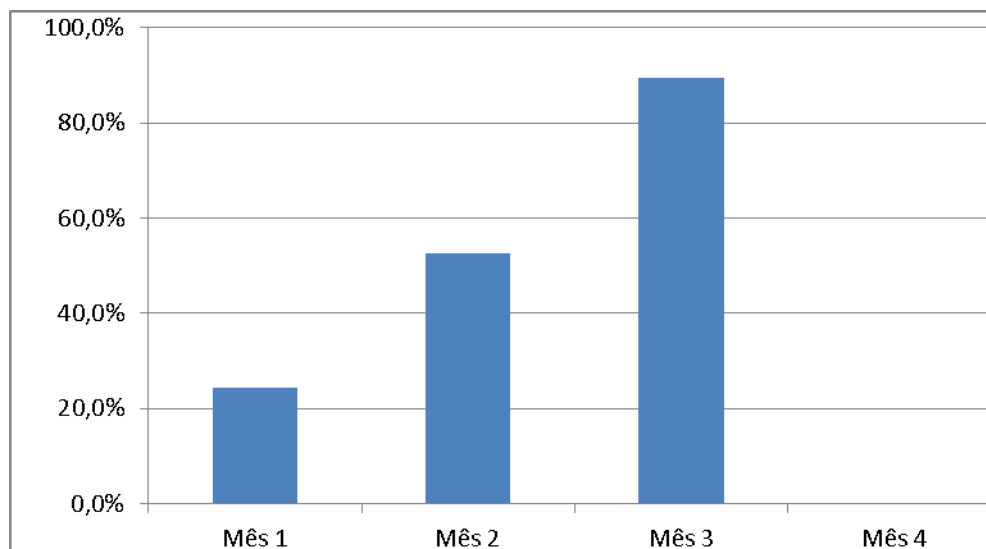


Figura 1: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde. UBS Maçambara/RS.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção à saúde dos Idosos.

Meta2: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Neste objetivo no primeiro mês em 100% dos usuários cadastrados foram realizados avaliação multidimensional rápida em dia, (105 idosos), no segundo e terceiro mês conseguimos atingir a meta de 100 % com 228 e 387 idosos cadastrados, respectivamente. A estratégia utilizada foi que a equipe e os ACS na mesma semana visitavam e ligavam para os que faltavam, outras vezes os usuários eram apanhados pelos carros da secretaria de saúde da Prefeitura e compareciam a tempo ao atendimento.

Meta3: Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

Neste indicador também atingimos a meta de 100% esperada. Todas as pessoas idosas tiverem seu exame clínico apropriado em dia de acordo com o protocolo, ou seja, nos três meses 100% receberam exame clínico pelo que o indicador foi cumprido na totalidade os 387 idosos alguns atrasaram na semana mais foram recuperados no mesmo mês.

Meta4: Garantir a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Neste indicador também atingimos a meta de 100% esperada. Todas as pessoas idosas tiveram seu exame clínico apropriado em dia de acordo com o protocolo, ou seja, nos três meses 100% receberam exame clínico pelo que o indicador foi cumprido na totalidade os 387 idosos alguns atrasaram na semana mais foram recuperados no mesmo mês.

Meta5: Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos idosos cadastrados na unidade de saúde.

Com relação ao indicador correspondente a esta meta não é possível cumpri-la 100%, observa-se que nem todos receberam prescrição de medicamentos da lista da farmácia popular conforme, no primeiro mês 75,2% (79 de 105), no segundo mês 83,3 (190 de 228), e no terceiro mês 85,0% (329 de 387), o resultado deste indicador deu-se, porque nem todos os idosos apresentam doenças crônicas que precisam de prescrição de medicamentos da Farmácia Popular e outros usuários gostam de comprar seus medicamentos no outras farmácias.

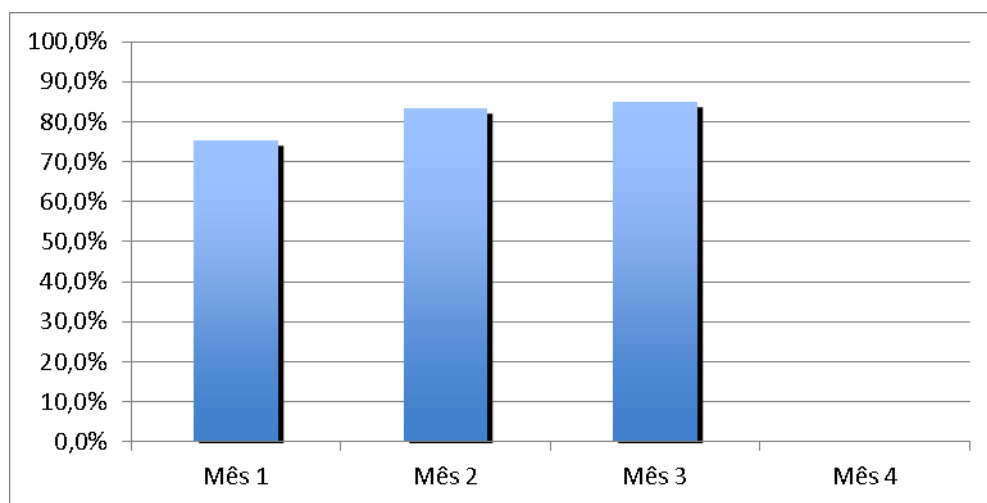


Figura 2: Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular na UBS Maçambara R/S.

Meta6: Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

E possível observar que essa meta só foi atingida no terceiro mês. A saber, no primeiro mês 28,9% (11 de 38), no segundo mês 81,6% (31 de 38) e terceiro

mês 100% (41 de 41). Tivemos acima da estimativa do início da Intervenção, porque nas visitas domiciliares feitas na Comunidade achamos 3 idosos mais.

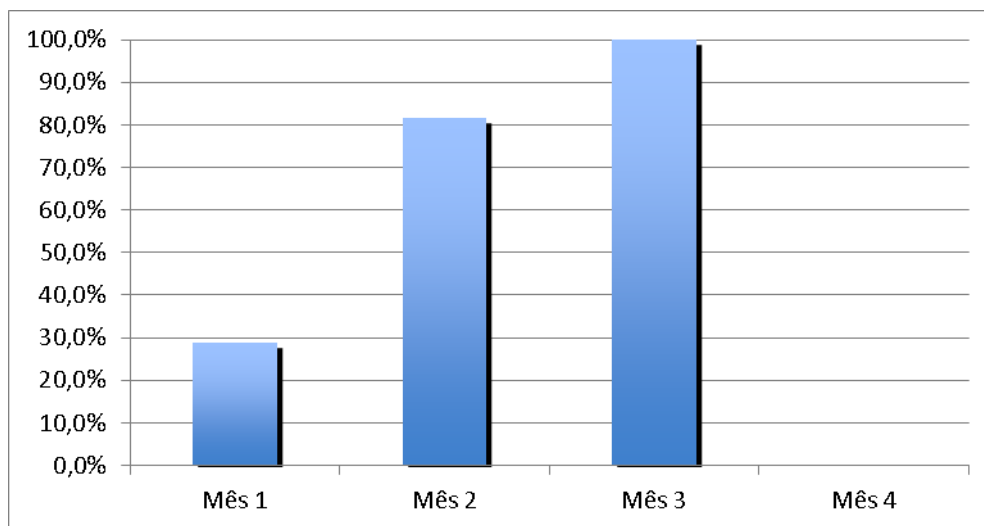


Figura 3: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados na UBS Maçambara R/S.

Meta7: Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Com relação ao indicador correspondente a esta meta é possível observar que tivemos sucesso com nossa intervenção, ou seja, que desde o primeiro mês de intervenção já atingimos a meta 100%. Todos os idosos acamados ou com problema da locomoção forem visitados com grande esforço pelos ACS e pela equipe.

Meta8: Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Todos os usuários cadastrados tiverem verificação da pressão arterial na última consulta sendo este indicador contemplado 100% nos três meses da intervenção. É uma normativa que todo usuário quando chega a UBS para atendimento, na sala de triagem, no acolhimento a enfermeira ou técnica de enfermagem mede sua PA.

Meta9: Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM).

O êxito deste indicador que foi cumprido 100% nos três meses está que desde o início o médico fez o rastreamento para Diabetes de todos os idosos cadastrados hipertensos ou pressão arterial sustentada maior que 135/80.

Meta10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Neste indicador também atingimos a meta de 100% esperada, todos os idosos cadastrados tiveram feitas suas avaliação da necessidade de atendimento odontológico desde o início na primeira consulta.

Meta11: Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Em relação a este objetivo, conseguimos atingir a meta proposta, os 387 idosos receberam atendimento odontológico (100%). Foi acordado que quando o médico fizesse a avaliação da necessidade odontológica passava a técnica odontologista o controle dos mesmos para os atendimentos.

Objetivo 3: Melhorar a adesão da atenção dos idosos

Meta12: Realizar busca ativa a 100% dos idosos faltosos às consultas programadas

Nos três meses de intervenção foram realizadas todas as buscas ativas aos 12 usuários faltosos com as ligações pelo telefone, na rádio e com os ACS, sendo que no primeiro mês faltou só um usuário, no segundo mês faltaram 9 e no terceiro mês 2.

Objetivo 4: Melhorar Registros das Informações

Meta13: Manter registro na ficha de espelho em dia de 100% das pessoas idosas.

Com relação ao presente objetivo que aborda a melhora nos registros específicos de 100% das pessoas idosas podemos observar que atingimos nossa meta, visto que em 100% dos usuários que foram atendidos em cada um dos três meses da intervenção, foi possível atualizar e manter um registro na ficha espelho adequado destas pessoas.

Cada vez mais temos usuários com seu registro na ficha de acompanhamento/espelho atualizada e com informações relevantes de cada um.

Meta14: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados

Neste objetivo atingimos a meta de 100% nos três meses. Na primeira semana do Segundo mês faltaram Cadernetas que não foram entregadas nas consultas no dia do cadastramento, mais foram solicitadas a Secretaria de Saúde que providenciou no mesmo mês.

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

Meta15: Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade

Ao que se pode observar com relação a este objetivo que envolve a o rastreamento de risco de morbimortalidade dos usuários idosos o que encontramos como resultado é positivo, uma vez que ao final da intervenção tivemos 100% dos usuários cadastrados com realização do rastreamento do risco de morbimortalidade. Esse rastreamento era feito com base nos resultados dos exames e fatores de risco como hipertensão arterial sistêmica e Diabetes.

Meta16: Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas

Conforme com o estabelecido no Cronograma todas as ações foram desenvolvidas, nas consultas realizadas aos 387 idosos foram feitas suas avaliações para fragilização na velhice chegando aos 100%.

Meta17: Avaliar a rede social de 100% dos idosos

Novamente foi possível atingirmos nossa meta com grande sucesso com 100%. Todos os idosos tem feito sua avaliação de rede social em dia conforme com o proUBS na Intervenção .

Objetivo 6: Promoção da Saúde.

Meta18: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Esta meta também foi atingida com sucesso desde o primeiro mês da intervenção, ou seja, 100% dos usuários receberam orientações nutricionais para hábitos saudáveis durante as consultas feitas pelo médico e os que apresentavam DM, HSA e alterações do metabolismo lipídico forem encaminhados ao nutricionista para uma melhor orientação da guia de alimentação saudáveis.

Meta19: Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Desde o início do nosso trabalho conseguimos orientar todos os usuários sobre a importância da prática regular de atividade física, ou seja, 100% das pessoas idosas que foram atendidos durante a intervenção receberam orientações quanto à prática de atividade física regular, com apoio da fisioterapeuta e o professor de educação física das escolas.

Meta20: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

E para finalizar, o último indicador aborda da mesma forma que o anterior, a garantia de orientar os usuários cadastrados sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias). Como é possível observar atingimos nossa meta com 100% das pessoas orientadas nos três meses da intervenção, o que foi possível pelas ações do clínico geral e a técnica e o odontólogo.

4.2 Discussão

Diante a Intervenção na UBS Maçambara foi possível obter uma melhora na qualidade da atenção as pessoas idosas, e da organização do trabalho da equipe porque tivemos ampliação da cobertura dos atendimentos, organização na agenda e trabalho, criação e manutenção de um registro adequado, bem como atualização da ficha de acompanhamento destes usuários, planejamos com a equipe o registro das informações, com o preenchimento adequado da ficha espelho e dos documentos necessários planilha/ registro específico para acompanhamento dos atendimentos das pessoas idosas, o registro de alerta quanto ao atraso na realização consulta de acompanhamento, na realização de exames complementares e na não realização da Avaliação Multidimensional rápida. e também a ampliação de consultas odontológicas de rotina, Foi feita orientação Nutricional sobre alimentação saudável e riscos do uso do tabagismo.

O período da Intervenção trouxe muitos benefícios para a Equipe de Saúde. Este trabalho em conjunto exigiu e demonstrou que cada membro da Equipe de Saúde se capacitasse para realizar seu papel de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde. Foi necessário trabalho em conjunto e que cada um tivesse uma participação fundamental na construção desde as orientações, até às fichas de acompanhamento, a montagem da planilha e o estudo dos dados.

Foi pactuado que o médico clínico geral fizera: atualização e cadastro dos idosos, a atenção à saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação e prevenção, melhoramento das consultas com avaliação dos indicadores assistenciais e clínicos (avaliação multidimensional, o exame clínico, indicação e avaliação dos exames complementares, da rede social, atendimento de odontologia para os usuários que foram identificados pelo médico e encaminhados, assim, ações educativas preventivas). Os ACS fizeram visitas a comunidade identificando grupos, famílias e indivíduos exUBSs a riscos e vulnerabilidades; busca ativa dos idosos faltosos. A Enfermeira melhorará a qualidade dos acolhimentos, com a medida dos sinais vitais (PA, pulso, estatura, peso, circunferência braquial, etc.).

A intervenção tem sido muito importante também e com muitos benéficos para nosso Município, para a UBS e para o Serviço. Com o novo modelo de atendimentos pela Equipe houve melhoria nos registros, viabilizando a otimização de ajuda para atenção à demanda espontânea e também reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção à um maior número de pessoas.

Em relação à importância da intervenção para a comunidade a intervenção teve crucial e maior importância, e que se sentem beneficiados com a priorização do atendimento, principalmente aos de maior risco, com a comodidade no agendamento das consultas e também, houve maior engajamento público. Além disso, a avaliação da rede social ofereceu uma melhoria, reforçando assim a importância de termos uma aliança com a comunidade.

A intervenção será incorporada a rotina do serviço para isto vamos a ampliar o trabalho de conscientização da população para que entendam da importância dos atendimentos as consultas.

A partir do próximo mês quando a secretaria de saúde e a prefeitura irá realizar mais contratos dos ACS que precisamos para os atendimentos das demais micro áreas no interior pretendemos investir na ampliação de cobertura das pessoas idosas.

As melhorias foram constatadas através da análise dos dados coletados, da ampliação na cobertura dos atendimentos a estes usuários e das ações em saúde prestadas por cada um dos membros da Equipe de Saúde, Sabemos que temos necessidade de continuarmos esse trabalho que iniciou com o período da Intervenção e como deu certo, continuará com certeza, por toda Equipe de Saúde do Município.

5 Relatório da intervenção para gestores

A Equipe de Saúde iniciou uma intervenção na UBS Municipal Maçambara R/S, de Abril até Junho de 2015, com o objetivo de melhorar a atenção à saúde das pessoas idosas.

As principais ações desenvolvidas por nossa equipe formada pelo clínico Geral, enfermeira, técnica de enfermagem, Agente Comunitário de Saúde, nutricionista, odontologia, psicologia e fisioterapia foi a realização de consultas prioritárias para idosos, visitas domiciliares, atividades educativas, proporcionando um maior vínculo com os usuários.

Percebeu-se com a intervenção a evolução de alguns indicadores como: Indicadores de cobertura do programa de Atenção à Pessoa idosa, onde 387 idosos participaram da intervenção, representando 89,4% do número total de idosos. Indicadores de Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia, Indicadores de Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia que alcançamos 100% (387).

Além disso, a Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia foi de 100% (N=387); Indicadores de Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada 85,0% (n=329); Indicadores de Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico e Indicadores de Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia alcançarem 100% (N=387)

Durante o período da Intervenção houve necessidade de capacitação, superação de cada integrante da equipe de saúde, através de reuniões e palestras, para seguir as recomendações do Ministério da Saúde.

Conseguimos orientar todos os usuários idosos cadastrados, sobre a importância da avaliação odontológica, e também orientações nutricionais para o melhoramento dos hábitos alimentares e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis. Foram também orientados sobre a importância da prática regular de atividade física que melhoram muito sua qualidade de vida.

Todos os idosos cadastrados receberam sua caderneta da saúde da pessoa idosa, o que os ajuda a ter uma melhor identificação social e clínica.

Percebemos a falta de agentes comunitários de saúde como dificuldade que não possibilitou o cadastramento de 100% da população idosa, desta forma, gostaríamos de contar com a secretaria de saúde para contato dos agentes comunitários e maior apoio com os carros para poder chegar até as áreas de difícil acesso para poder completar o cadastramento de idosos que ainda não são assistidos pela UBS, bem como, o fortalecimento da farmácia popular para utilização de medicamentos, oferecendo melhor qualidade na saúde e bem estar social.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

No mês de Abril 2014 iniciou-se na UBS Municipal de Maçambará/RS um Projeto de Melhoria da Atenção à Saúde dos Idosos. Entende-se por idosos as pessoas de 60 anos ou mais. O Programa envolve toda a população que estão nessa faixa etária com o objetivo de melhorar sua qualidade de vida.

É muito importante que todas elas sejam acompanhadas por um médico ou pela enfermeira a fim de permanecerem saudáveis. A Intervenção não foi feita para aumentar o número de pessoas idosas atendidas na UBS, e sim para qualificar a atenção. Foi possível fazer avaliação integral no momento da consulta médica, se o usuário é acamado ou não, se necessita de cuidador, avaliação do seu estado de consciência (depressão ou demência) e sua avaliação de risco para saúde bucal, bem como o desenvolvimento da rede social.

Durante os três meses, foram atendidos 387 idosos, tendo várias reconsultas. Muitas coisas mudaram já na UBS neste curto intervalo de tempo. Cada usuário tem sua ficha espelho com o controle da avaliação multidimensional, da consulta clínica, medicações em uso e fluxograma de exames laboratoriais. A qualidade dos atendimentos nos prontuários tem sido de agora em diante mais detalhada porque as consultas terem ficado mais longas. Afinal, há muito que ser abordado em cada consulta.

Com o projeto, foram atingidos excelentes números dos indicadores de saúde tais como ampliação da cobertura do programa de atenção a saúde do idoso foi de 89.4% nestes três meses da ação de intervenção, sendo possível porque a equipe reorganizou a agenda de trabalho e o apoio dos ACS na busca ativa dos faltosos as consultas, melhorando 100% dos idosos com exame clínico apropriado na primeira consulta dos hipertensos e diabéticos com solicitação dos exames complementares em dia e idosos com primeira consulta odontológica com grande

esforço do médico nas consultas realizadas e da enfermeira na revisão dos controles.

Assim foi mais fácil orientar aos idosos sobre a importância dos hábitos alimentares saudáveis, da prática de atividades físicas e da higiene bucal (inclui prótese dentária).

A equipe com andamento da intervenção e depois da mesma tem proUBS ampliar a cobertura dos atendimentos das pessoas que ainda tens ido cadastradas.

Com o programa de atenção a pessoa idosa, passamos a desenvolver grupos mensais voltados a comunidade, as famílias e vizinhos dessas pessoas. Convidamos profissionais como nutricionista enfermeiras e dentista para oferecer informações a respeito das doenças e fatores de risco, além da realização de diagnósticos precoces prevenindo complicações. E melhorar a qualidade de vida dos usuários. É também uma forma de trazer a comunidade para dentro do UBS, pois queremos estar cada vez mais integrados com a população.

Gostaríamos de agradecer a participação da comunidade nas atividades até o momento, e pedir maior participação e dedicação a ida as consultas e atividades educativas proporcionadas pela equipe, bem como, buscar melhorias junto aos órgãos públicos para melhorar a qualidade de nosso serviço. E com o tempo, cada vez mais pessoas da terceira idade serão cadastradas e atendidas da melhor forma possível, buscando um acompanhamento regular de alta qualidade.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Comecei o trabalho no Brasil no Programa Mais Médico na UBS Central de Município Maçambará/RS com uma população 4,738 habitantes, em Abril de 2014 e iniciei a Intervenção junto ao trabalho na UB sendo 32 horas de atendimentos e 8 horas da Especialização em Saúde da Família pela UnaSus UFPEL. No início tinha algumas dúvidas de como funcionava o Sistema Único de Saúde na prática no Brasil, porém, além dos treinamentos recebidos em São Paulo com os funcionários do Ministério da Saúde Brasileiro, durante a especialização tínhamos que realizar tarefas, com as mesmas ao início mostrava-me ansiosa, porque eu moro sozinha neste município mas depois tive muito apoio da enfermeira e de minha orientadora que me ajudaram como médica estrangeira e também como pessoa e assim podendo contribuir para melhorar o serviço de saúde.

O curso de especialização em saúde da família teve um significado especial para minha prática profissional, pelos vários aprendizados que tive e que poderei aplicar em qualquer lugar por onde passar enquanto profissional da saúde.

Em termos pessoais, foi uma experiência muito enriquecedora, por ter contribuído para expandir meus conhecimentos em diversas áreas em consequência das diferentes pesquisas realizadas, para desenvolver rotineiramente as atividades planejadas no Projeto para uma melhora na qualidade de vida das pessoas idosas.

Ao final da intervenção consegui mostrar a nossa equipe de trabalho, ao gestor e a comunidade, que com as atividades propostas pela especialização e colocando em prática a teoria, conseguimos melhorar a qualidade de atendimento aos usuários, e que o sistema de saúde brasileiro, pode ser melhorado, desde que estejamos engajados nesta causa.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica Envelhecimento e Saúde Da Pessoa Idosa - n.º 19 Brasília – DF 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica Estratégias Para o Cuidado Da Pessoa Com Doença Crônica Hipertensão Arterial Sistêmica 37 Brasília: DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica Estratégias Para o Cuidado Da Pessoa Com Doença Crônica Diabetes Mellitus DF Brasília: DF, 2013.

Brasil Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa Instituída pela Portaria GM/MS no 2.528, de 19 de Outubro de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12 Brasília – DF 2010.

CALLEGARI, Simone. Protocolo de Atenção à Saúde do Município, Maçambara - RS, 2012.

IBGE. Censo Demográfico 2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br>>

Prefeitura Municipal de Maçambara, Censo 2010.

Anexos

Anexo B - Planilha de coleta de dados

2014_11_06 Coleta de dados Idosos [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel (Falha na Ativação do Produto)

Arquivo Página Inicial Inserir Layout da Página Fórmulas Dados Revisão Exibição

Normal Layout da Página Modos de Exibição Personalizados Tela Inteira Modos de Exibição de Pasta de Trabalho

Régua Barra de Fórmulas Linhas de Grade Títulos

Zoom 100% Zoom na Seleção Nova Janela Organizar Tudo Congelar Painéis

Dividir Ocultar Reexibir Exibir Lado a Lado Rolagem Sincronizada Redefinir Posição da Janela Salvar Espaço de Trabalho Alternar Janelas

Macros

A4 fx

Indicadores de Saúde do Idoso - Mês 1												
Dados para coleta	Número do idoso	Nome do idoso	Idade do idoso	O idoso está com a Avaliação Multidimensional rápida em dia?	O idoso está com exame clínico apropriado em dia?	O idoso é hipertenso e/ou diabético?	O idoso hipertenso e/ou diabético está com solicitação de exames complementares periódicos em dia?	O idoso está com prescrição de medicamentos prioritariamente pela Farmácia Popular?	O idoso está acamado ou tem com problemas de locomoção?	O idoso acamado ou com problemas de locomoção recebeu visita domiciliar?	O idoso teve a verificação da pressão arterial na última consulta?	O idoso com pressão sistólica maior que 135/80mmHg com diagnóstico de hipertensão sistólica?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de idosos cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	7											
	8											
	9											
	10											
	11											
	12											
	13											
	14											
	15											
	16											
	17											
	18											
	19											
	20											
	21											
	22											
	23											

Apresentação / Orientações / Dados da IIRS / Mês 1 / Mês 2 / Mês 3 / Mês 4 / Indicadores

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 Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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