

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma nº 7**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção à saúde do Idoso na UBS Igarapé da Fortaleza, Santana-
AP**

Lesly Gomez Guirola

Pelotas, 2015

LESLY GOMEZ GUIROLA

**Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS Igarapé da Fortaleza, Santana-
AP**

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: Pablo Viana Stolz.

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

G965m Guirola, Lesly Gomez

Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS Igarapé da
Fortaleza, Santana-AP / Lesly Gomez Guirola; Pablo Viana Stolz,
orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

105 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. Stolz, Pablo Viana, orient. II.
Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Para todas as pessoas que fizeram o possível por levar na frente o projeto, além da minha família e esposo, por a sua paciência e ajuda para fazer melhor minha vida profissional.

Agradecimentos

Agradeço ao Brasil por oferecer o intercâmbio de conhecimentos e a oportunidade de elevar todo dia o mesmo, além de todas aquelas pessoas que participaram da intervenção e contribuiu para que nossas metas fossem possíveis.

Resumo

GUIROLA, Lesly Gomez. **Melhoria da atenção à saúde do Idoso na UBS Igarapé da Fortaleza, Santana-AP.** 2015. 101f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A esperança de vida alta é um indicador que muitos países desejam mostrar como prova de seu desenvolvimento econômico e social, mas isso vem acompanhado de uma responsabilidade maior para a infraestrutura em saúde. Existem, no entanto, importantes diferenças entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento. Preocupados em ofertar uma assistência integral e qualitativa a população idosa, realizamos uma intervenção com o objetivo de melhorar a atenção à saúde do Idoso em nossa UBS Igarapé da Fortaleza, Santana-AP já que mesma mostra indicadores de cobertura e qualidade não muito bons, baseados no caderno de ações programáticas nossa população era para ter 392 idosos deles hoje somente temos cadastrados 341 para um 87% de cobertura para este programa, os indicadores de qualidade propostas no caderno de ações programáticas todos ficam baixo dos 50%, somente mostram bons resultados o indicador de orientações na prática de exercício e orientação de hábitos alimentares saudáveis, a caderneta da pessoa idosa fica em zero e constitui o pior indicador que amostra este programa hoje. Foi realizada uma intervenção onde os idosos foram cadastrados e avaliados em quatro eixos fundamentais eles são, ações de organização e gestão do serviço, ações de monitoramento e avaliação, ações de engajamento público e ações de qualificação da prática clínica, entre os meses de abril a junho de 2015, baseados no caderno de atenção básica nº19 fornecido pelo Ministério da saúde. Anterior ao início da intervenção foi realizado capacitações com os profissionais da unidade. Assim iniciamos o levantamento dos dados mediante o monitoramento constante dos usuários, com o rigoroso preenchimento dos prontuários e planilha de coleta de dados disponibilizados pela especialização. As ações programáticas ocorreram de acordo com as necessidades e grau de risco da pessoa idosa e da sua capacidade de adesão e motivação para o autocuidado, assim como a assistência a cada consulta. Os resultados obtidos com esta intervenção foi o cadastramento e avaliação de 364 idosos atingindo o de qualidade% de cobertura. Dentre os indicadores de qualidade avaliados, 270 idosos (74,3%) receberam a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada, 364 idosos (100%) receberam a Avaliação Multidimensional Rápida e tiveram o exame clínico apropriado em dia, foram cadastrados 36 idosos (100%), acamados ou com problemas de locomoção e todos receberam visita domiciliar, às ações de avaliação de risco para morbimortalidade em dia, avaliação para fragilização na velhice em dia assim como a proporção de idosos com avaliação de rede social contemplou 347 idosos (95,3%). No entanto tivemos indicadores muito baixos, como o atendimento odontológico que somente foi realizado em 1 idoso (0,3%) e a entrega de 41 cadernetas da pessoa idosa que ficou com 11,3%. A intervenção de forma geral direcionou as práticas assistências dentro do serviço. A equipe se envolveu na realização das atividades, tentamos sobrepor cada uma das dificuldades e limitações existentes, para executar todas as ações conforme os princípios do SUS. Assim, a população conseguiu receber um atendimento de qualidade e integral e todas as nossas atividades se tornaram rotina de trabalho.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico1: Indicativo da cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.	64
Figura 2	Gráfico 2: Indicativo da proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.	67
Figura 3	Gráfico 3: Indicativo da proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.	68
Figura 4	Gráfico 4: Indicativo da proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	70
Figura 5	Gráfico 5: Indicativo da proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.	71
Figura 6	Gráfico 6: Indicativo da proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa.	72
Figura 7	Gráfico 7: Indicativo da proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia.	73
Figura 8	Gráfico 8: Indicativo da proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.	74
Figura 9	Gráfico 9: Indicativo da proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.	75
Figura 10	Gráfico 10: Indicativo da proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia.	75
Figura 11	Gráfico 11: Indicativo da proporção de idosos com avaliação de rede social em dia.	84

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária de Saúde
DANT	Doenças e Agravos Crônicos Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia da Saúde da Família
EMAD	Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar
HAS	Hipertensão Arterial Sistólica
MEV	Mudança de Estilo de Vida
NASF	Núcleo de Atenção Saúde da Família
PCCU	Preventivo Citopatológico de Cólo do Útero
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
SAME	Sistema de Agendamento Medica Estadístico
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

Sumário

Apresentação	8
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	23
2 Análise Estratégica	24
2.1 Justificativa.....	24
2.2 Objetivos e metas.....	26
2.2.1 Objetivo geral.....	26
2.2.2 Objetivos específicos e metas	26
2.3 Metodologia.....	28
2.3.1 Detalhamento das ações	28
2.3.2 Indicadores	50
2.3.3 Logística.....	56
2.3.4 Cronograma	59
3 Relatório da Intervenção.....	62
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	62
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	63
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	64
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	64
4 Avaliação da intervenção.....	65
4.1 Resultados	65
4.2 Discussão.....	79
5 Relatório da intervenção para gestores	84
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	87
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	89
Referências	91
Anexos	94

Apresentação

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso da especialização em Saúde da Família – Modalidade educação à distância (EAD), promovido pela Universidade Federal de Pelotas. O trabalho foi constituído por uma intervenção com o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos idosos, da Unidade Básica de Saúde Igarapé da Fortaleza, do município de Santana, Amapá-AP. O volume está organizado em sete unidades de trabalho, sequenciais e interligado. Na primeira parte observamos a análise situacional desenvolvida na unidade um do curso. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade dois. A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizado ao longo de 12 semanas durante a unidade três do curso. Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade quatro. Na quinta e sexta parte apresenta o relatório feito para o gestor de saúde do município Santana e o relatório feito para a comunidade que foi atendida e percesse a nossa área de abrangência. Na sétima e última parte a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Finalizando o volume, estão os anexos utilizados durante a realização deste trabalho.

Procuramos abordar de forma analítica e crítica as ações executadas, sempre observando a resposta da comunidade a nossa investida. Entendendo sempre que toda ação pró-melhoria já deve ser encarada como esforço positivo e implantada como rotina para que o sucesso absoluto e o impacto na rede sejam visualizados.

Esperamos que nosso trabalho sirva de exemplo para outras unidades de saúde e de inspiração para nossos gestores, para que os mesmos invistam mais em projetos que visem potencializar os objetivos propostos pelo SUS.

1. Análise situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A situação de ESF/APS na UBS Igarapé da Fortaleza, município de Santana apresenta as seguintes características: estruturalmente temos condições mínimas e indispensáveis de uma UBS, contamos com uma sala da enfermeira, dois consultórios para o médico, sala para vacina, uma sala pequena do dentista onde possui somente uma cadeira para cinco odontologistas, a sala de espera é um espaço grande e climatizado que está compartilhado com a recepção, também tem duas salas para triagem, tem farmácia, uma sala para o Sistema de agendamento médico estatístico (SAME) tem cozinha e banheiros para os usuários. Tudo fica organizado e limpo, mas acredito que precisa de reparos nos tetos e tinta nas paredes. Com relação ao processo de trabalho com a comunidade, segunda-feira realiza-se a atenção a usuários com patologias crônicas não transmissíveis e saúde mental. Na terça-feira pela manhã são os atendimentos às grávidas e puérperas, de tarde para as doenças contagiosas e de transmissão sexual. Na quarta-feira realizamos ações de saúde na comunidade com a equipe toda, onde além do atendimento individual se realizam atividades educativas, orientação em grupos de risco. Na quinta-feira realizamos as visitas domiciliares pela parte da manhã e a tarde destina-se as consulta para pediatria e clínico geral.

Na nossa UBS temos médico pediatra, ginecologista, grupo de NASF (Núcleo de Atenção Saúde da Família), se trabalha em equipe. Apresentamos problemas com o abastecimento de medicação para doenças crônicas não transmissíveis e para tuberculoses pulmonar e hanseníase. Também temos falta de material para a realização de curativos. Os principais problemas de saúde da comunidade são a hipertensão arterial, a diabetes a tuberculoses pulmonar. Neste sentido, realizamos um cronograma de visitas domiciliares a todos os portadores destas doenças, priorizando aqueles casos que tem dificuldade para adquirir a medicação. Até agora o idioma não tem constituído uma barreira para o bom desenvolvimento das atividades de saúde realizadas em equipe e individuais. Estamos sempre trocando experiência constante com os colegas de trabalho, fazemos reunião da equipe todas as quinta à tarde para discussão dos casos

interessantes e a programação para a próxima semana de trabalho. A população está contente com o trabalho que realizamos até o momento e acredito o mesmo contribui para diminuir a mortalidade e a incidência de muitas doenças transmissíveis e não transmissíveis da nossa comunidade.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Santana é um município brasileiro localizado na região sudeste do estado do Amapá. É o segundo município mais populoso de Amapá, com uma população estimada em 2013 de 108 897 habitantes. Destes 50.361, são homens (49.76%), e 50.842 são mulheres correspondendo 50.24%. Em torno de 97.92% da população é rural e só 2.0% é uma população urbana. A sua área é de 1577,517 km², o que resulta numa densidade demográfica de 69,03 hab./km². O mesmo limita-se os municípios de Mazagão, Porto Grande e Macapá, onde apresenta com relação a este último, uma conturbação, formando a Região Metropolitana de Macapá. As duas totalizam 509.883 habitantes em 2011. Com relação a sua divisão política, obedece à seguinte divisão: sede do município (Santana), Ilha de Santana, Igarapé da Fortaleza e Igarapé do Lago. (PORTAL DA CIDADANIA, 2015).

No município temos um total de 10 UBS com atenção de ESF tradicionais, temos também duas equipes volantes, uma terrestre e uma fluvial. Temos duas equipes de NASF que se integram para todas as UBS. A disponibilidade de atenção especializada, no atual momento encontra-se bem já que a maior parte das UBS tem atendimento especializado nos principais programas que são desenvolvidos nas UBS. A nossa UBS, Igarapé da Fortaleza, possui pediatra, cirurgião, ginecologista, dermatologista, psiquiatra, nutricionista, psicólogo, médico clínico geral e médico odontologista. Apesar de ter no município um hospital geral ainda é muito difícil encontrar vagas para internação, já que a maior parte das vezes o hospital fica lotado.

A disponibilidade de exames complementares ainda é muito baixa, no entanto todas as UBS têm dias marcados para a realização de exames de laboratório clínico, mas ainda a demanda continua alta e a data de entrega dos resultados é em torno de 15 após a realização do exame, tempo que ainda é muito longo para quem necessita destes com urgência. Apresentamos ainda dificuldade no município com a disponibilidade de ultrassonografia, eletrocardiograma (ECG), que

somente são realizados no hospital, e com relação ao exame de mamografia, tem uma situação mais grave, já que não temos no estado equipamento pronto para a realização deste importante exame. (PORTAL DA CIDADANIA, 2015; BRASIL, 2011).

Nossa UBS é urbana e esta fica diretamente vinculada aos princípios do SUS, mas temos que dizer que não possui nenhum vínculo com as instituições de ensino. O modelo de atenção é de ESF tradicional, possuindo um total de 64 trabalhadores, com três ESF compostas por médico, técnica de enfermagem, Enfermeira e os Agentes Comunitários de saúde (ACS). Temos também médicos especialistas em obstetrícia, pediatria, dermatologia e cirurgia. Ainda contamos com psicólogo, pessoal administrativo, de farmácia, segurança, limpeza e vigilância.

As ESF tem conhecimento do território de atuação da UBS e fazem planejamento, programação e execução das atividades, com a priorização de solução dos problemas de saúde mais frequentes, considerando a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea. Também desenvolvem ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida. Todas as semanas as equipes planejam ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de surtos ou agravos de doenças e danos evitáveis. Oferece-se assistência básica integral e contínua, organizada à população adstrita, com garantia de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial, trabalhando no desenvolvimento de ações Inter setoriais, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde com apoio às estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social. O último cadastramento das famílias foi realizado no ano passado, e estamos trabalhando na atualização do cadastramento das famílias e dos indivíduos para utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território (BRASIL, 2011).

A nossa UBS se encontra em uma edificação feita com essa finalidade, e a mesma procura propiciar acessibilidade à maior quantidade possível de pessoas, independentemente de idade, estatura, deficiência ou mobilidade reduzida, garantindo a utilização autônoma e segura do ambiente, edificações e mobiliário, com maior capacidade de ação para atender às necessidades de saúde da

população de sua área de abrangência. Estruturalmente a nossa UBS tem as condições mínimas e indispensáveis necessárias para realizar um atendimento de qualidade. Possuímos uma sala para enfermeira, três salas para consulta médica, as mesmas tem banheiro independente; uma sala para vacina, sala pequena odontológica, contando apenas uma cadeira odontológica para cinco odontólogos; uma sala de espera ampla e climatizada, compartilhada com a recepção.

Existem duas salas para triagem, uma farmácia, uma sala para o sistema de agendamento médico e estatística (SAME), tem copa cozinha e banheiros para usuários, um deles para usuários com deficiência física. Tudo fica organizado e limpo, mas eu acho que precisa de manutenção nos tetos e tinta nas paredes. Para um ambiente confortável, temos que melhorar nossa UBS na colocação de placas de identificação dos serviços existentes e sinalização dos fluxos; tratamento das áreas externas, incluindo jardins; ambientes de apoio como copa cozinha e banheiros; a ventilação é adequada e imprescindível para se manter a salubridade nos ambientes da UBS. Em nossa UBS todos os ambientes dispõem de janelas ou de ventilação indireta adequada (exaustores), possibilitando a circulação de ar e iluminação; os materiais de revestimentos das paredes, tetos e pisos são laváveis e de superfície lisa, os pisos tem superfície regular, firme, estável e antiderrapante sob qualquer condição, que não provoque trepidação em dispositivos com rodas; a estrutura física da UBS apresenta adequações que permitem o acesso de pessoas deficientes e de pessoas com limitações, como rampa de acesso, porta com dimensões ampliadas, barras de apoio.

Ainda são muitos os problemas encontrados pelas pessoas em relação às boas condições de acessibilidade aos prédios públicos, mesmo em nossa UBS que é uma construção mais recente e projetada com esta finalidade, são alvo de reclamações dos usuários por apresentarem condições insatisfatórias que não garantem todas suas necessidades. Pretendemos melhorar o fluxo de atendimento ao povo, por exemplo, na UBS só tem uma sala para curativo que e compartilhada com a área de nebulização, não temos escovaria, não contamos com sala para os ACS, não temos sala para reuniões, a sala de vacinação se encontra mal situada já que fica na entrada da UBS. (SIQUEIRA, 2009; BRASIL, 2008).

Em relação às atribuições das equipes temos que dizer que a nossa equipe cumpre os parâmetros estabelecidos para oferecer um serviço de qualidade, pois a mesma tem a responsabilidade sanitária de um território de referência. O processo

de trabalho, a combinação das jornadas de trabalho dos profissionais das equipes e os horários e dias de funcionamento da nossa UBS fica organizados de modo que garante o maior acesso possível, o vínculo entre usuários e profissionais. Os Agentes Comunitários de Saúde na Unidade Básica realizam as ações previstas pela equipe no micro área sob sua responsabilidade, cuja população nestes momentos, ultrapassa as 750 pessoas por ACS.

Agora mesmo nossa equipe encontra-se fazendo atividades de promoção e prevenção para a tuberculose pulmonar e a Hanseníase, duas doenças que nestes momentos tem tido um aumento em nossa população assim como acompanhamento dos casos identificados e controle de foco, visitas domiciliares para a detecção precoce de novos casos. Com relação à saúde bucal ainda não conseguimos estabelecer um bom entrosamento, eu acho que ainda temos que melhorar a união destes profissionais às equipes e aumentar o número de atendimentos na própria UBS.

Também temos muitas dificuldades com a atualização do cadastro da população adstrita a nossa UBS, pelas dificuldades que representa o difícil acesso a zonas ribeirinhas e o constante movimento do povo que não é fixo da nossa área. A UBS tem três áreas de abrangência com um total de população de 7678 cadastrados. O setor de PROVIDOR é maior e tem um total aproximado de 5135 mil habitantes e que recentemente foi dividido, depois da criação de mais uma equipe, O meu setor, FORTALEZA, tem uma só uma equipe, atendendo a 2543 pessoas, mas é uma área que não se encontra cadastrada devido ao difícil acesso. O tamanho das equipes, apesar de ter criado mais uma, ainda é insuficiente já que temos áreas descobertas que não tem ainda nenhum ACS. Com respeito a minha equipe ela é adequada ao tamanho da população da minha área de abrangência e estão compostas por uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e oito ACS. Apesar de que o tamanho da equipe se ajusta ao estabelecido e se corresponde com o tamanho do povo adstrito a ela, a atenção básica lida com situações e problemas de saúde de grande variabilidade desde as mais simples até as mais complexas, que exigem diferentes tipos de esforços de suas equipes. (BRASIL, 2008; BRASIL, 2011).

Podemos pensar em modos de acolher a demanda espontânea que chega às unidades de atenção básica, o usuário também define, com formas e graus variados, o que é necessidade de saúde para ele e é importante que a demanda

apresentada pelo usuário seja acolhida, escutada, problematizada, reconhecida como legítima. Às vezes, há coincidência da demanda e do olhar técnico-profissional. No entanto, quando isso não acontece, é necessário um esforço de diálogo e compreensão, demanda possa, em grande parte, ser acolhidos e satisfeitos na atenção básica, apesar de ser necessário programar o acompanhamento das pessoas nas agendas dos profissionais. Também é fundamental que a unidade esteja aberta e preparada para acolher o que não pode ser programado, as eventualidades. Em outras, poderá requerer, inclusive, apoio matricial e/ou encaminhamento para outros serviços.

Em nossa UBS o acolhimento mesmo é feito pela equipe de referência do usuário e a principal característica é que cada usuário é acolhido pelos profissionais de sua equipe de referência, de modo que um ou mais profissionais de cada equipe realizam a primeira escuta, negociando com os usuários as ofertas mais adequadas para responder às suas necessidades. Na nossa UBS está estabelecido o seguinte fluxograma para o atendimento da demanda espontânea: os usuários com atividades agendadas, ou da rotina da unidade devem ser recebidos e devidamente direcionados, evitando esperas desnecessárias com potencial de confusão na recepção. As situações imprevistas são inerentes à vida e, nesse caso, requer certa organização da unidade e do processo de trabalho da equipe, tanto para compreendê-las quanto para intervir sobre elas. Os trabalhadores encarregados de escutar demandas que surgem espontaneamente (sem agendamento prévio) devem ter: capacidade de analisá-las (identificando riscos e analisando vulnerabilidade), clareza das ofertas de cuidado existentes na UBS, possibilidade de diálogo com outros colegas, algum grau de resolutividade e respaldo para acionar as ofertas de cuidado em tempos e modos que considerem a necessidade dos usuários. (BRASIL, 2011).

Ainda o atendimento a usuários com urgências médica se encontra limitado, o que não quer dizer que em caso de algum usuário precisar atendimento médico de urgência fora de sua equipe, não seja devidamente tratada de acordo com as nossas possibilidades, e nestes casos a mesma é enfrentada por qualquer Profissional que se encontre na UBS sim ter em conta qual e o equipe de referência do usuário. Entretanto, o desafio de organizar adequadamente o atendimento em uma unidade de saúde exige a agregação de novos sujeitos capazes de se envolver com a gestão do cuidado. No trabalho em saúde, a produção e o desenvolvimento

da gestão do cuidado são aspectos indissociáveis e que demandam a integração de mais atores do que apenas os membros das equipes. (BRASIL, 2011).

As ações de atenção à saúde da criança estão estruturadas de forma programática, ou seja, o meu serviço adota um protocolo para a realização das mesmas, mas temos a dificuldade de que estas ações não contam com um registro específico. No entanto, depois que a equipe notou esta dificuldade se deu a tarefa de criar um registro e manter o mesmo o mais atualizado possível, mais ainda eles são insuficientes já que está faltando uma série de dados muito importantes para a avaliação integral da criança.

A cobertura de atenção na criança é um indicador que neste momento se encontra em torno de 94%. Possuímos assistência pediátrica como ocorre nas unidades básicas tradicionais (sem ESF), em que o atendimento às crianças é feito com exclusividade pelo pediatra ou mesmo por um clínico geral. Entretanto, o que se observa em parte destes serviços é que, havendo uma situação especial de maior disponibilidade de pediatra, este, além de atuar matricialmente, também divide com o médico de família e comunidade a demanda de atendimento de consultas de crianças e adolescentes. Neste caso específico, em linhas gerais, espera-se que o pediatra, se concentre naqueles casos de maior complexidade. Com a implementação desta estratégia de trabalho hoje só possuímos dois indicadores de qualidade abaixo dos 50%, que são o atraso da consulta agendada em mais de sete dias e a avaliação da saúde bucal sendo este último indicador não temos nenhum registro, o resto dos indicadores de qualidade ficam acima dos 60% por exemplo, o número de consultas em dia, monitoramento do crescimento na última consulta, o monitoramento do desenvolvimento na última consulta, as vacinas em dia são indicadores que se encontra hoje nos 61%, o teste do pezinho 94%, a orientação para a prevenção de acidentes assim como a orientação sobre o aleitamento materno ficam nos 97%. Para melhorar o primeiro fazemos busca ativa das mães faltosas a consultas e visitas domiciliares apoiados nos ACS, e para o segundo tentamos unificar o trabalho com a equipe de odontologia da UBS, mas ainda temos que ofertar um melhor entrosamento com os mesmos.

Com o objetivo de resgatar o atendimento relacionado com a saúde bucal das crianças propomos: realizar a avaliação clínica conforme o preconizado para a Saúde Bucal; identificar as necessidades em saúde bucal das crianças, bem como realizar o tratamento e o monitoramento das condições que exijam intervenção,

conforme o preconizado Caderno de Atenção Básica de Saúde Bucal; exercer as atribuições que lhe são conferidas pela PNAB. (BRASIL, 2012).

Em relação ao acompanhamento pré-natal posso falar que o objetivo do mesmo é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, pelo que é um dos principais objetivos de trabalho da nossa equipe. Em nossa UBS adotamos um protocolo para a atenção às grávidas, todas as ações que ficam devidamente registradas, realizando monitoramento regular destas. Oferecemos uma atenção à saúde da grávida de qualidade o que garante a adesão da população às ações propostas. A qualidade dos registros é adequada, já que as folhas de atendimento individual e coletiva, cartão da gestante, cartão de vacinação e o preenchimento do Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SIS Pré-natal), mostram os dados que se precisam para avaliar a qualidade do atendimento pré-natal. Estes mostram o número de consultas, os exames e resultados dos mesmos, as principais intercorrências durante a gravidez e como foram atendidas além da conduta da equipe. (BRASIL, 2012).

A minha equipe toda participa do atendimento das grávidas através das diferentes ações que são desenvolvidas para este grupo importante da população, mas ainda temos pontos fracos no nosso trabalho, pois necessitamos melhorar o acesso à assistência pré-natal que hoje é o nosso principal objetivo. Este programa tem uma cobertura de 44% para a atenção pré-natal na UBS toda, a nossa equipe, é a responsável pelos 16% de cobertura do total, indicador que aspiramos a melhorar à medida que avance o nosso trabalho e o cadastramento da população, também temos que trabalhar para melhorar os indicadores de qualidade os mesmos hoje ficam muito baixos, por exemplo, somente temos 100% a orientação para o aleitamento materno exclusivo e a indicação dos exames laboratoriais na primeira consulta, a avaliação da saúde bucal nos 71%, a vacinação fica nos 94%, o início do pré-natal no primeiro trimestre fica nos 13%, e o exame ginecológico no primeiro trimestre fica nos 59%.

Com o objetivo de melhorar o atendimento relacionado com a gravidez e puerpério foi proposto realizar uma intervenção em saúde neste grupo populacional sob os cuidados de outra equipe e com a participação de todos os profissionais da UBS, conforme o preconizado pelo ministério da saúde.

Os elevados índices de incidência e mortalidade por câncer do colo do útero e da mama no Brasil justificam a implantação de estratégias efetivas de controle dessas doenças que incluam ações de promoção à saúde, prevenção e detecção precoce, tratamento e de cuidados paliativos, quando esses se fizerem necessários. As ações de Controle do Câncer de Colo de Útero e de mama não são levados de maneira certa em nosso município em geral e na nossa UBS, já que não existe registro algum do seguimento destes indicadores, somente existe registro das usuárias que neste ano realizaram o PCCU. Não se conhece o resultado deles, pois não temos maneira alguma de avaliar os indicadores de qualidade relacionados com o programa de prevenção do câncer de colo de útero e muito menos com o programa de prevenção de câncer de mama, pois em nosso município, não existe equipamento para mamografia, somente tem no hospital da capital e só tem acesso a ele as usuárias já diagnosticadas para o seguimento, e aquelas suspeitas da doença, não temos como fazer a mamografia como exame preventivo, como sugere o programa.

Entre as ações desenvolvidas pela minha equipe, destacam-se as relacionadas ao controle dos cânceres do colo de útero e da mama mediante a realização de atividades de promoção em saúde e prevenção. As ações de promoção ocorrem sobremaneira na atenção básica, que está mais próxima do cotidiano das mulheres e as acompanha ao longo da sua vida. As abordagens educativas estão presentes no processo de trabalho da nossa equipe, seja em momentos coletivos, como grupos, atividades do Programa de Saúde na Escola, outras abordagens grupais da equipe, seja em momentos individuais de consulta. É fundamental a disseminação da necessidade dos exames e da sua periodicidade, bem como dos sinais de alerta que podem significar câncer.

Com relação à detecção precoce, a maior parte dessas ações também ocorre na atenção básica, tanto as ações de rastreamento, que consistem em realizar sistematicamente testes ou exames em pessoas saudias, quanto às ações de diagnóstico precoce, que consistem em captar precocemente alguém que já tem sintomas ou alterações no exame físico. Também cabe destacar o papel da Atenção Básica no que tange aos cuidados paliativos. O tratamento dos cânceres nem sempre é curativo. Mesmo diante de todo o aporte tecnológico atual, existem falhas terapêuticas, que ocorrem com mais frequência quando o quadro é mais avançado no diagnóstico. Muitas vezes o usuário pode demandar apenas medicações

intravenosas ou analgésicas mais potentes, enquanto que em outros casos ele pode demandar a atenção domiciliar, por exemplo, hoje a nossa equipe acompanha a uma paciente que padece de câncer de colo que foi diagnosticado em sua forma avançada e o tratamento até agora é paliativo pelo que a acompanhamos em seu domicílio. (BRASIL, 2013).

As ações de saúde desenvolvidas pela nossa equipe tentam fazer mudanças nos hábitos e estilo de vida dos usuários. Para isso fazemos campanhas que falam sobre a necessidade de diminuir o hábito de fumar que é a regra mais importante para prevenir o câncer, orientamos sobre uma alimentação saudável e a prática de atividade física pelo menos 30 minutos ao dia.

É importante que a equipe conheça a sua população, com cadastro sistemático de todos os usuários da sua área adstrita. Hoje a minha equipe ainda não tem atualizado o cadastro da totalidade da nossa área de abrangência, pois temos um sob registro de mulheres nesse padrão de idade, tornando difícil para nós, conseguir identificar todas as mulheres da faixa etária prioritária, bem como identificar aquelas que têm risco aumentado para a doença. Ao realizar o cruzamento entre as mulheres que deveriam realizar o exame e as que o realizaram, é possível definir a cobertura e, a partir daí, pensar em ações para ampliar o acesso ao exame. Hoje, a realização do exame citopatológico é a nossa única fonte de informação até o momento.

Em relação à atenção aos hipertensos e diabéticos posso falar que no contexto atual da atenção básica a hipertensão arterial e a diabetes mellitus são dois problemas de saúde comuns que as equipes de Saúde enfrentam, pois existem dificuldades em realizar o diagnóstico precoce, o tratamento e o controle dos níveis pressóricos dos usuários. Hoje podemos dizer que apesar de que a nossa forma de registro permitiu o preenchimento desta parte do caderno, ainda não é suficiente, já que temos um registro baixo com relação ao total de população que é atendida na nossa área. A estimativa do número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área não é adequada para a nossa realidade e neste encontram-se envolvidos vários fatores, os mesmos são a falta de atualização do cadastro da população já que a nossa UBS tem uma área de difícil acesso que ainda não se encontra cadastrada. Além disso, a população por ser de área ribeirinha e portuária sofre constantemente mudanças de moradia dificultando o cadastro das mesmas. E por fim, acredito que eu uma das mais importantes fatores é a falta de conhecimento e

pensamento crítico dos usuários acerca do que é “estar” doente, já que muitos não acreditam que estão doentes. Mesmo assim, existem dificuldades no diagnóstico e no seguimento ao tratamento.

Neste momento a cobertura da HAS se encontra baixa já que tem um indicador de cobertura nos 30%, e os indicadores de qualidade ficam abaixo dos 50%. Dentre estes estão a realização de estratificação do risco cardiovascular por critério clínico, atraso da consulta agendada em mais de sete dias, exames complementares em dia. No entanto o indicador mais crítico é o atendimento a saúde bucal que fica em zero, somente a indicação da prática de exercício e os hábitos alimentares saudáveis é postas na prática diária, mas não significa que estejam ótimos. Ainda existe cerca de um por cento de população que não está cadastrada.

Com relação aos diabéticos também temos um sub-registro desta doença pelas mesmas dificuldades antes descritas. A estimativa do número de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área é de 386 usuários, onde temos somente cadastrados 115 que corresponde a 30% de cobertura. Neste aspecto influem muitos fatores, que já foram explicados anteriormente. A cobertura ainda se encontra muito fraca e eu acho que não se trata de falta de recursos materiais e humanos, mas sim a baixa taxa de diagnóstico e a falta de senso crítico do povo que padece desta doença. Apesar dos poucos indicadores da cobertura hoje ficam altos não quer dizer que estejam satisfatórios já que estes foram calculados com o grupo que hoje esta recebendo a atenção de saúde de qualidade, mas falta um grande grupo que por razões desconhecidas ainda não estão diagnosticado. Nos indicadores de qualidade para este grupo populacional também e baixo temos dois indicadores no zero eles são o atendimento a saúde bucal e o exame da sensibilidade nos pés nos últimos três meses.

Temos que insistir que a programação do atendimento para tratamento e acompanhamento das pessoas com diabetes mellitus na Atenção Básica deverá ser realizada de acordo com as necessidades gerais previstas no cuidado integral e longitudinal do diabetes, incluindo o apoio para mudança de estilo de vida (MEV), o controle metabólico e a prevenção das complicações crônicas e que o tratamento do diabetes mellitus (DM) tipo dois. Isto consiste na adoção de hábitos de vida saudáveis, como uma alimentação equilibrada, prática regular de atividade física, moderação no uso de álcool e abandono do tabagismo, acrescido ou não do

tratamento farmacológico. Estes hábitos de vida saudáveis são à base do tratamento do diabetes, e possuem uma importância fundamental no controle glicêmico, e mais que isto no senso crítico que deve ter todo doente e o reconhecimento da doença para desta maneira aderir ao tratamento e dos novos hábitos que deve ter o indivíduo e a família. (BRASIL, 2013).

As ações de atenção aos hipertensos e diabéticos está estruturada de forma programática, ou seja, o nosso serviço adota um protocolo para a realização das mesmas, que é o programa de HIPERDIA, e conta com um registro específico onde é realizado o monitoramento regular destas ações. Temos dentro dos aspectos positivos que nossa equipe esta trabalhando por uma maior adesão da população às ações propostas e à qualidade da atenção à saúde, no entanto devemos melhorar a qualidade dos registros e as dificuldades relativas à cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, já que como se falou antes, possuímos um sob registro de população. (BRASIL, 2013 ; BRASIL, 2013).

A equipe tem muitas dificuldades para abarcar toda a população a nossa área de abrangência, e a população idosa não é exceção, pois existem muitos fatores que dificultam o acesso ao total de pessoas moradoras da nossa área, já que temos população que ficam muito longe da área e de difícil acesso, além de ser uma população ribeirinha e portuária que sofre permanentes mudanças de povo tanto por incremento como por diminuição, além da desatualização do cadastro da área. Segundo o caderno de ações programáticas nossa UBS era para ter um total de 392 idosos deles hoje somente temos cadastrados 341 para um 87% de cobertura para este programa, os indicadores de qualidade proposta no caderno de ações programáticas todos mostram valores muito fracos, por exemplo, o rastreamento para diabetes mellitus fica-nos 9% a caderneta da pessoa idosa fica-nos 0%, a investigação de indicadores de fragilização na velhice e a avaliação da saúde bucal fica-nos 13%, a avaliação multidimensional rápida e a avaliação para hipertensão arterial fica-nos 35%, o acompanhamento em dia fica-nos 39%, somente mostram bom seguimento o indicador de orientações na pratica de exercício e orientação de hábitos alimentares saudáveis nos 70% , a caderneta da pessoa idosa fica em 0 e constitui o pior indicador que amostra este programa hoje.

Todas as ações de atenção à saúde dos idosos estão estruturadas de forma programática, ou seja, adotamos um protocolo para a realização das mesmas com registro específico para a realização e monitoramento regular destas ações. São

estes os aspectos positivos que temos hoje na nossa equipe para reverter à situação atual da saúde do povo idoso, até agora a população apresenta uma correta adesão às ações propostas, ao planejamento e monitoramento das ações, e temos uma total participação dos diferentes membros da equipe de saúde em todas as ações planejadas. Os aspectos do processo de trabalho poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção aos idosos na minha UBS temos: desenvolvimento de ações em parceria com outras áreas; reorganização do processo de acolhimento à pessoa idosa na unidade de saúde, como uma das estratégias de enfrentamento das dificuldades atuais de acesso; utilização do sistema de agendamento e marcação de consulta e da referência e contra referência; desenvolvimento de ações que visem qualificar a dispensação e o acesso da população idosa aos medicamentos; instituição de prestação de serviço, ofertada por equipe multidisciplinar, preferencialmente com formação em saúde do idoso e envelhecimento, valorizando o efeito favorável do ambiente familiar no processo de recuperação de pacientes e os benefícios adicionais para o cidadão e o sistema de saúde; garantir a vacinação da população na faixa de 60 anos e mais contra a influenza, desafio baseado no fato de que essa população apresenta maior risco de adoecer e morrer em decorrência de algumas patologias imunopreveníveis, tais como a gripe. (BRASIL, 2010; BRASIL, 2006; SAYEG, 2006; COSTA NETO, 1999; PAPALÉO NETTO, 1996).

Finalizando, eu acho que os maiores desafios que hoje tem nossa equipe é a atualização do cadastro da população da nossa área de abrangência, já que esta dificuldade afeta de forma geral todo o nosso trabalho, pois não temos a certeza de conhecer melhor a situação de saúde de nossa comunidade e não conseguimos saber onde se devem realizar as ações com maior intensidade no intuito de alcançar a integralidade da assistência. A forma de registro que ainda é insuficiente constitui outro importante desafio, que nos leva a refletir que alguns indicadores não são contabilizados, ou são preenchidos de maneira falha. Em função da aplicação dos questionários da especialização, percebemos que foi necessário primeiramente organizar um registro que possa ser utilizado por todo o profissional.

Os melhores recursos que hoje temos é a disponibilidade dos recursos humanos prontos para fazer o trabalho, o desenvolvimento das ações de promoção e prevenção de saúde e o compromisso da equipe para melhorar os indicadores de saúde do povo que até agora ficava carente de assistência médica. Ainda tem muito

a fazer, mas hoje temos uma importante ferramenta nas mãos, que é a análise detalhada da situação de saúde da nossa área o que contribuirá ao desenvolvimento do trabalho permitindo atuar sobre situações de saúde específicas que se apresentem na população.

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

Assim, posso afirmar sem dúvida alguma que depois de 11 semanas de estudo vinculado ao trabalho, e treinamento da língua portuguesa, hoje temos uma visão geral do território onde trabalhamos que nada tem a ver com a visão que tínhamos ao início do trabalho nas nossas equipes. Com o nosso trabalho conseguimos conhecer e delimitar melhor nossa área de abrangência, identificar quais são as doenças mais frequentes na nossa população assim como identificar os grupos de risco, além de fortalecer o engajamento com a comunidade, colegas de trabalho e direção de saúde do município que está sendo ótimo, o que garantirá um bom desenvolvimento do trabalho e das atividades que iremos planejar. Possuímos uma ferramenta importante e um conhecimento mais amplo do que temos por fazer e onde está hoje os principais problemas de saúde da população adstrita à nossa área, o que vai permitir um desenvolvimento melhor de nosso trabalho e nossas ações de saúde.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A longevidade é, sem dúvida, um triunfo. Daqui a poucos anos, a expectativa no Brasil, bem como em todo o mundo, é de que existirão mais idosos que crianças abaixo de 15 anos, fenômeno esse nunca antes observado. Muitas pessoas idosas são acometidas por doenças e agravos crônicos não transmissíveis (DANT) - estados permanentes ou de longa permanência - que requerem acompanhamento constante, pois, em razão da sua natureza, não têm cura. Essas condições crônicas tendem a se manifestar de forma expressiva na idade mais avançada e, frequentemente, estão associadas à morbidades. Podem gerar um processo incapacitante, afetando a funcionalidade das pessoas idosas, ou seja, dificultando ou impedindo o desempenho de suas atividades cotidianas de forma independente. Ainda que não sejam fatais, essas condições geralmente tendem a comprometer de forma significativa a qualidade de vida dos idosos. (BRASIL, 2010; BRASIL, 2006; SAYEG, 2006; PAPALÉO NETTO 1996).

É função das políticas de saúde contribuir para que mais pessoas alcancem as idades avançadas com o melhor estado de saúde possível. No trabalho das equipes da Atenção Básica/Saúde da Família, as ações coletivas na comunidade, as atividades de grupo, a participação das redes sociais dos usuários são alguns dos recursos indispensáveis para atuação nas dimensões cultural e social. É por isto que a nossa equipe considerou muito útil fazer nosso projeto de intervenção sobre a saúde da pessoa idosa com o objetivo de trazer mudanças no contexto atual em direção à produção de um ambiente social e cultural mais favorável, precisamente para população idosa, e por isto que a nossa ação programática é importante em qualquer contexto da atenção primária à saúde tanto para países e comunidades

desenvolvidas o em desenvolvimento. (BRASIL, 2010; BRASIL, 2006; SAYEG, 2006; PAPALÉO NETTO 1996).

Do total da nossa população que é de 7678 habitantes, a nossa área deve ter um total de 392 usuários idosos e hoje somente temos cadastrados 341 pacientes idosos correspondendo 87% de cobertura para este indicador. Além disso, todos os indicadores que falam da qualidade do serviço ficam muito baixos pelo que consideramos que a qualidade dos atendimentos não é ótima já que estes indicadores hoje se amostram da seguinte forma, o rastreamento para diabetes mellitus fica-nos 9% a caderneta da pessoa idosa fica-nos 0%, a investigação de indicadores de fragilização na velhice e a avaliação da saúde bucal fica-nos 13%, a avaliação multidimensional rápida e a avaliação para hipertensão arterial fica-nos 35%, o acompanhamento em dia fica-nos 39%, somente mostram bom seguimento o indicador de orientações na prática de exercício e orientação de hábitos alimentares saudáveis nos 70%, a caderneta da pessoa idosa fica em 0% junto com o oferecimento da primeira consulta odontológica programada, os que constituem os piores indicadores que amostra este programa hoje. Até agora a população apresenta uma correta adesão às ações propostas, ao planejamento e monitoramento das ações, e temos uma total participação dos diferentes membros da equipe de saúde em todas as ações planejadas.

Por estes motivos é que almejamos que a nossa instituição de saúde atenda aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, orientando os cuidadores, familiares e grupos de autoajuda, assim como estimular às ações Inter setoriais, visando à integralidade da atenção. Tentamos prover de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa, estimulando à participação e fortalecimento do controle social, bem como formar e educar permanentemente aos profissionais de saúde, apoiando ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Acreditamos que a nossa intervenção vai ser de muita utilidade para nossa população já que apesar de que a UBS oferece atendimento à demanda estabelecida pelos pacientes idosos todos os dias da semana nos dois turnos de trabalho, este não é suficiente. Hoje não é possível conhecer qual é a proporção de idosos existentes fora da área de cobertura da UBS que recebe atendimento na mesma. Mesmo com o usuário saindo da consulta com a próxima visita agendada, temos um alto índice de faltosos. Apesar de termos um atendimento à demanda de

problemas de saúde agudos apresentados por estes usuários, a cobertura anda fica abaixo do esperado pelo ministério da saúde. Embora exista o protocolo estabelecido pelo ministério para o atendimento das pessoas idosas, precisamos desenvolver um grupo de ações para elevar a qualidade do atendimento deste pacientes, já que daqui a pouco o Brasil terá um índice de velhice muito alto. O grau de implementação das ações programáticas deverá ocorrer de acordo com as necessidades e grau de risco da pessoa idosa e da sua capacidade de adesão e motivação para o autocuidado, assim como a assistência a cada consulta. Todas estas ações serão desenvolvidas com o objetivo de garantir o cuidado integral e longitudinal dos pacientes idosos, incluindo o apoio para mudança de estilo de vida, assim como conseguir a prevenção de acidentes e das complicações que podem acontecer nesta população, melhorando a qualidade de vida destes.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde do Idoso na UBS Igarapé da Fortaleza, Santana-AP.

2.2.2 Objetivos específicos

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

2.2.3 Metas

Relativas ao objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso na UBS Igarapé da fortaleza município santa estado Amapá.

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

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

Meta 2.1. Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Relativas ao objetivo 3: Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso.

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

Relativas ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

Relativas ao objetivo 5: Mapear os idosos de risco da área de abrangência.

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

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

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

Relativas ao objetivo 6: Promover a saúde dos idosos.

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Igarapé da fortaleza, no Município de Santana- AP. Conforme orientação do curso houve a necessidade do encurtamento da intervenção de 16 para 12 semanas, para que fosse possível ajustar as defesas e a finalização da Turma sete ao calendário estabelecido com a Universidade. Participarão da intervenção todas as pessoas maiores de 60 anos.

2.3.1 Detalhamento das ações

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

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

AÇÕES DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Acolher os idosos.

Detalhamento da ação: O acolhimento dos idosos vai ser feito todos os dias na UBS e nos dois turnos de trabalho e dele se encarregara o pessoal que faz a triagem quem orientara ao idoso ao serviço que precise no momento.

Ação: Cadastrar todos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde.

Detalhamento da ação: Para levar esta ação na pratica a equipe propõe fazer uma atualização do cadastro dos idosos a mesma devera ser feita pelos ACS em cada uma de suas áreas com uma atualização semestral.

AÇÕES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento da ação: Esta ação será monitorada pela enfermeira quem mensalmente avaliara o número de idosos cadastrados no programa com relação ao número de idosos pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde cuja proporção deve aumentar de forma gradual até alcançar os 100% de cobertura.

AÇÕES DE ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Ação: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde.

Detalhamento das ações: Estas ações serão desenvolvidas pela equipe em geral para atingir o mesmo. O médico, enfermagem e os ACS em conjunto farão palestras, dinâmicas de grupo, visitas domiciliares semanalmente.

AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe no acolhimento aos idosos.

Ação: Capacitar os ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço.

Ação: Capacitação da equipe da unidade de saúde para a Política Nacional de Humanização.

Detalhamento das ações: Estas ações vão ser proporcionadas pelo médico, que fara mensalmente palestras de atualização sobre acolhimento, busca ativa e temas de interesse sobre a saúde do idoso. As mesmas serão oferecidas para toda equipe e pessoal interessado da UBS.

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

Meta 2.1. Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência.

AÇÕES DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropômetro).

Ação: Definir as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos.

Detalhamento das ações: Estas ações serão da responsabilidade do médico e da enfermagem, quem vão garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos, além de estabelecer semanalmente quais atividades serão feitas por cada um dos integrantes da equipe. As atividades serão planejadas toda quinta feira na reunião da equipe.

AÇÕES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anual em todos idosos acompanhados pela unidade de saúde.

Detalhamento da ação: O médico e a enfermeira farão a revisão anual de prontuários e caderneta do idoso para comprovar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida e detectar os faltosos para fazer a busca ativa dos mesmos.

AÇÕES DE ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Ação: Compartilhar com os pacientes as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social.

Detalhamento das ações: Estas ações serão desenvolvidas pela equipe em geral para atingir o mesmo. A médica, enfermagem e os ASC em conjunto farão grupos de idosos, palestras e aulas para a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável. As mesmas serão feitas mensalmente no âmbito da UBS além de instituições comprometidas com a atividade (escolas, igrejas, associação de vizinhos).

AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar os profissionais para o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pela UBS.

Ação: Treinar a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida.

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

Detalhamento das ações: Estas ações vão ser feitas pelo medico e outros profissionais que oferecem atendimento na UBS (psicólogo, nutricionista, assistente social, odontologista, ginecologista) que farão mensalmente, palestras de atualização sobre o atendimento dos idosos, aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida e sobre o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas. As mesmas serão oferecidas para toda equipe e pessoal interessado da UBS encarregado do atendimento ao idoso.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas.

AÇÕES DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento da ação: A enfermeira e o médico definirão semanalmente as atividades que farão os membros da equipe na reunião da equipe.

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

Detalhamento da ação: O médico e a enfermeira detectaram mensalmente os idosos que não tem realizado o exame clínico e os ACS realizarão a busca ativa dos mesmos.

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

Detalhamento da ação: O médico terá em sua agenda semanal um dia de atendimento exclusivo para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

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

Detalhamento da ação: O médico e a enfermeira apoiada no gestor de saúde municipal levará a cabo esta ação, o maior peso da mesma será do gestor de saúde já que estas especialidades são muito carentes neste Estado.

AÇÕES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento da ação: O médico realizará a monitorização semestral da realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade de saúde mediante a revisão do prontuário clínico.

AÇÕES DE ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento da ação: Esta ação será desenvolvida pela equipe em geral para atingir o mesmo. A médica, enfermeira e os ACS em conjunto farão grupos de idosos, palestras e aulas para a comunidade sobre a importância de conhecer os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas além da importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas. Estas atividades serão feitas mensalmente no âmbito da UBS além de instituições comprometidas com a atividade (escolas, igrejas, associação de vizinhos).

AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

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

Detalhamento das ações: Estas ações vão ser feitas pelo médico, que realizará mensalmente, palestras de atualização sobre o atendimento dos idosos e realização de exame clínico apropriado. As atividades de atualização serão oferecidas para toda equipe e pessoal interessado da UBS encarregado do atendimento ao idoso, além de capacitar a equipe mensalmente para o correto registro dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

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

AÇÕES DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

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

Detalhamento das ações: O médico e o gestor municipal serão os responsáveis pela solicitação e a realização dos exames complementares em todas as consultas oferecidas ao idoso os mesmos tem que ser feitos pelo menos anualmente

AÇÕES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento da ação: A enfermeira, as técnicas de enfermagem junto com os ACS monitoraram o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais feitos trimestralmente.

AÇÕES DE ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

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

Detalhamento das ações: Estas ações serão desenvolvidas pela equipe em geral, onde a médica, enfermeira e os ACS em conjunto farão grupos de idosos, palestras e aulas para a comunidade sobre a necessidade de realização de exames complementares periódicos. Estas atividades serão feitas mensalmente no âmbito da UBS além de instituições comprometidas com a atividade (escolas, igrejas, associação de vizinhos).

AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento das ações: Estas ações vão ser feitas pelo médico, que fara mensalmente palestras de atualização sobre a importância para o seguimento da saúde do idoso, o fato de fazer exames complementares periódicos de acordo com o protocolo adotado na UBS. As atividades de atualização serão oferecidas para toda equipe e pessoal interessado da UBS encarregado do atendimento ao idoso.

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

AÇÕES DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Ação: Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento das ações: O técnico da farmácia será o responsável pela realização mensal do controle de estoque de medicamentos incluindo validade, e pelo registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde baseado no trabalho dos ACS, apoiados no gestor municipal de saúde.

AÇÕES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento da ação: O técnico da farmácia em conjunto com a enfermeira e o médico farão levantamento quinzenal do abastecimento dos medicamentos da Farmácia Popular / Hiperdia de acordo com a população usuária destes medicamentos para detectar em tempo o déficit dos mesmos e reorientar ao paciente.

AÇÕES DE ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento das ações: Estas ações serão desenvolvidas pela equipe em geral para atingir o mesmo. O médico, enfermeira e os ACS em conjunto farão visitas domiciliares, grupos de idosos, palestras e aulas para a comunidade sobre o direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este. As atividades serão feitas mensalmente no âmbito da UBS além de instituições comprometidas com a atividade (escolas, igrejas, associação de vizinhos).

AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes.

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

Detalhamento das ações: Estas ações vão ser feitas pelo médico que fara mensalmente palestras de atualização sobre o tratamento da hipertensão e/ou diabetes além de oferecer capacitação para a equipe em geral sobre como orientar os usuários nas alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. As atividades de atualização serão oferecidas para toda equipe e pessoal interessado da UBS encarregado do atendimento ao idoso.

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

AÇÕES DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento da ação: Os ACS são os responsáveis de manter o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção da área de forma atualizada com atualização trimestral.

AÇÕES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

Detalhamento da ação: A enfermeira e o médico monitorarão o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados baseados na estimativa de 8% dos idosos da área de abrangência.

AÇÕES DE ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento das ações: Estas ações serão desenvolvidas pela equipe em geral para atingir o mesmo. A enfermeira e os ACS em conjunto farão visitas domiciliares, grupos de idosos, palestras e aulas para a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da Unidade de Saúde. As atividades serão feitas mensalmente no âmbito da UBS além de instituições comprometidas com a atividade (escolas, igrejas, associação de vizinhos), além das tabelas informativas e os meios de propaganda locais.

AÇÕES DE 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 da ação: A enfermeira fará a capacitação mensal dos ACS para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência mediante aulas e palestras.

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

AÇÕES DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento da ação: A equipe em geral terá uma agenda específica para realizar visitas domiciliares os idosos a mesma conta com uma sessão de trabalho semanal para o atendimento destes casos.

AÇÕES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento da ação: A enfermeira e os ACS monitorarão a realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção onde os ACS são os responsáveis pela organização e planejamento semanal destas visitas.

AÇÕES DE ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar ou com problemas de locomoção.

Ação: Orientar a comunidade sobre a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados.

Detalhamento das ações: Estas ações serão desenvolvidas pela equipe em geral para atingir o mesmo, onde a enfermagem, os ACS, e o médico, em conjunto farão visitas domiciliares, e palestras sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar, e sobre a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados. As atividades serão feitas mensalmente no âmbito da UBS e na comunidade.

AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Orientar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Ação: Orientar os ACS para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar.

Detalhamento das ações: A enfermeira fará a capacitação mensal dos ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência mediante aulas e palestras, além de como deve ser feito o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar.

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

AÇÕES DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS.

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

Detalhamento das ações: Para atingir esta meta todas as equipes de ESF que prestem serviço na UBS aumentarão o número de vagas na consulta de Hiperdia e sempre terão semanalmente um número de dez vagas por dia para o atendimento priorizado aos usuários idosos portadores de HAS. Os responsáveis da atividade serão os médicos, enfermagem e o pessoal de triagem e os ACS.

AÇÕES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar os números idosos submetidos a rastreamento para HAS, periodicamente.

Detalhamento da ação: Mensalmente será feito o monitoramento dos números idosos submetidos a rastreamento para HAS a través da revisão dos prontuários.

AÇÕES DE ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade.

Ação: Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS.

Detalhamento das ações: Estas ações serão desenvolvidas pela equipe em geral para atingir o mesmo, onde a enfermeira, os ACS e o médico, em conjunto, farão visitas domiciliares, e palestras sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade, além da orientação sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS. As atividades serão feitas mensalmente no âmbito da UBS e na comunidade.

AÇÕES DE 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 da ação: A enfermeira fará a capacitação mensal dos ACS e técnicos de enfermagem sobre a técnica de verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito, além de como deve ser feito o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar.

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

AÇÕES DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM.

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

Detalhamento das ações: Para atingir esta meta todas as equipes de ESF que prestem serviço na UBS aumentarão o número de vagas na consulta de portadores de DM, e sempre terão semanalmente um número de dez vagas por dia para o atendimento priorizado aos usuários idosos portadores de HAS. Os responsáveis da atividade serão os médicos, enfermagem, o pessoal de triagem e os ACS.

AÇÕES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento da ação: Mensalmente será feito o monitoramento dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial ou Diabetes Mellitus a través da revisão dos prontuários.

AÇÕES DE 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.

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

Detalhamento das ações: Estas ações serão desenvolvidas pela equipe em geral para atingir o mesmo onde a enfermeira, os ACS, e o médico, em conjunto, farão visitas domiciliares, e palestras para orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em idosos com pressão arterial maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica, orientando à comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM. As atividades serão feitas mensalmente no âmbito da UBS e na comunidade.

AÇÕES DE 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 da ação: A enfermeira fará a capacitação mensal dos ACS e técnicos de enfermagem sobre a técnica para realização do hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, além de como deve ser feito o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar.

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

AÇÕES DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde.

Ação: Cadastrar os idosos na unidade de saúde.

Ação: Oferecer atendimento prioritário aos idosos na unidade de saúde.

Ação: Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.

Detalhamento das ações: Para atingir esta meta todas as equipes de ESF que prestem serviço na UBS em conjunto com a equipe odontológica, terão a tarefa de organizar o acolhimento aos idosos na unidade de saúde, fazer o cadastro dos idosos na unidade de saúde para oferecer atendimento prioritário aos idosos na unidade de saúde como o objetivo de organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.

AÇÕES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento da ação: O médico em conjunto com a equipe odontológica monitorará a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de idosos através da revisão trimestral dos prontuários de saúde bucal.

AÇÕES DE ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento da ação: Estas ações serão desenvolvidas pela equipe em geral junto com a equipe odontológica, onde realizarão visitas domiciliares e palestras para orientar a comunidade sobre a importância de avaliar a saúde bucal de idosos. As atividades serão feitas mensalmente no âmbito da UBS e na comunidade.

AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento da ação: A assistente em odontologia fará a capacitação mensal para a equipe, sobre a necessidade tratamento odontológico em idosos.

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

AÇÕES DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde.

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

Ação: Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.

Ação: Oferecer atendimento prioritário aos idosos.

Detalhamento das ações: Para atingir esta meta todas as equipes de ESF que prestem serviço na UBS em conjunto com a equipe odontológica, terão a tarefa de organizar o acolhimento aos idosos na unidade de saúde, fazer o cadastro dos idosos na unidade de saúde para oferecer atendimento prioritário aos idosos na unidade de saúde como o objetivo de organizar agenda de saúde bucal para atendimento prioritário dos idosos.

AÇÕES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento da ação: O médico em conjunto com a equipe odontológica monitorará o número de idosos cadastrados na Unidade em acompanhamento odontológico baseado na atualização do cadastro da população de forma trimestral.

AÇÕES DE 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.

Ação: Esclarecer a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais.

Ação: Ouvir a comunidade sobre estratégias para captação de idosos para acompanhamento odontológico.

Detalhamento das ações: Estas ações serão desenvolvidas pela equipe em geral junto com a equipe odontológica, que farão visitas domiciliares e palestras para orientar a comunidade sobre o oferecimento de atendimento odontológico prioritário de idosos e de sua importância para saúde geral, além do esclarecimento na comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais. As atividades serão feitas mensalmente no âmbito da UBS e na comunidade, e o intercâmbio com a população oferecerá a possibilidade de ouvir a comunidade sobre estratégias para captação de idosos para acompanhamento odontológico.

AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

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

Capacitar os ACS para captação de idosos.

Detalhamento das ações: A assistente em odontologia e o Odontólogo farão a capacitação mensal para a equipe sobre como realizar o acolhimento do idoso de acordo com protocolo, de como fazer o cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico assim como a capacitação dos ACS para captação de idosos.

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

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

AÇÕES DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

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

Detalhamento das ações: Continuaremos fazendo semanalmente as visitas domiciliares para buscar os faltosos. Esta atividade será feita pelos ACS, onde nós nos comprometeremos em oferecer um dia de consulta para os provenientes das buscas domiciliares.

AÇÕES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento da ação: A monitorização do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos será feita trimestralmente pela enfermagem a través da revisão dos prontuários clínicos.

AÇÕES DE ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

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

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

Detalhamento das ações: Estas ações serão desenvolvidas pela equipe em geral junto com a equipe odontológica, que farão visitas domiciliares e palestras para orientar a comunidade sobre a importância de realização das consultas, esclarecer os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Ação: Definir com a equipe a periodicidade das consultas.

Detalhamento das ações: A assistente em odontologia e o Odontólogo farão a capacitação mensal dos ACS para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade assim como definir com a equipe a periodicidade das consultas.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

AÇÕES DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

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

Detalhamento das ações: A enfermeira e a técnica de enfermagem manterá atualizado o sistema de registro dos idosos fazendo revisão trimestral do novo registro programado para acompanhamento do atendimento.

AÇÕES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde.

Detalhamento da ação: O médico fará revisão trimestral da qualidade do registro de atendimento aos idosos acompanhados na UBS, baseado na revisão dos prontuários clínicos.

AÇÕES DE ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento da ação: Estas ações serão desenvolvidas pela equipe em geral mensalmente, onde farão visitas domiciliares e palestras e grupos de idosos, para orientar a comunidade sobre seus direitos em relação à de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento da ação: A enfermeira oferecerá mensalmente palestras de diversos temas de interesse para a equipe onde será exposta também a forma adequada de preenchimento de todos os registros necessários para o

acompanhamento do atendimento aos idosos, oferecendo estas palestras para os responsáveis do preenchimento destes registros.

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

AÇÕES DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento da ação: O médico solicitará ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

AÇÕES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento da ação: O médico e a enfermeira farão monitorização dos registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa em todas as consultas nas que assista o usuário idoso.

AÇÕES DE 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 da ação: Nos grupos de idosos que serão oferecidos mensalmente pela enfermagem, o médico orientará os idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção.

AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento da ação: A enfermeira oferecerá mensalmente palestras de diversos temas de interesse para a equipe onde será exposta também a forma adequada de preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa, oferecendo estas palestras para os responsáveis do preenchimento desta caderneta.

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

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

AÇÕES DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento da ação: O médico terá em sua agenda de atendimento na UBS assim como o planejamento das visitas domiciliares, um número de cinco vagas semanais para priorizar atendimento aos idosos de maior risco de morbimortalidade.

AÇÕES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento da ação: A enfermeira e a técnica de enfermagem realizarão a monitorização do número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência, baseados na atualização mensal dos registros e a busca ativa semanal dos ACS e das equipes envolvidas na intervenção.

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

Detalhamento da ação: Nos grupos de idosos que serão oferecidos mensalmente pela enfermagem, o médico orientará os mesmos e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente. Tudo será explicado com uma linguagem clara para que os idosos consigam entender.

AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento da ação: A enfermeira oferecerá mensalmente palestras de diversos temas de interesse para a equipe onde será exposta também a forma adequada para a identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa.

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

AÇÕES DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Priorizar o atendimento aos idosos fragilizados na velhice.

Detalhamento da ação: O médico terá em sua agenda semanal um dia de atendimento aos idosos, e todos os dias um número de vagas para os idosos que precisem de um atendimento no momento.

AÇÕES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento da ação: Os ACS monitorarão mensalmente o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice através da busca ativa dos mesmos e nas visitas domiciliares.

AÇÕES DE ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento da ação: Nos grupos de idosos que serão oferecidos mensalmente pela enfermeira, o médico orientará os idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente. Tudo será explanado com uma linguagem clara para que os idosos consigam entender.

AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento da ação: A enfermeira e o médico oferecerão mensalmente palestras de diversos temas de interesse para a equipe, com o objetivo de capacitar aos profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice, explanando quais são os indicadores de fragilidade da mesma.

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

AÇÕES DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento da ação: O médico terá um dia em sua agenda mensal somente para o atendimento aos idosos com rede social deficiente. Estabelecerá a prioridade para os idosos no agendamento de consultas e visita domiciliar semanalmente.

AÇÕES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS.

Ação: Monitorar todos os idosos com rede social deficiente.

Detalhamento das ações: A enfermeira e o médico farão revisão mensal da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS e monitorarão todos os idosos com rede social deficiente de conjunto com os ACS.

AÇÕES DE ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Ação: 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 das ações: Nos grupos de idosos que serão oferecidos mensalmente pela enfermagem, o médico orientará os mesmos e a comunidade sobre como acessar ao atendimento prioritário na Unidade de Saúde, além de estimular na comunidade a promoção da socialização da pessoa idosa.

AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento da ação: A enfermeira e o médico ofereceram mensalmente palestras de diversos temas de interesse para a equipe com o objetivo de capacitar aos profissionais para avaliar a rede social dos idosos.

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos.

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

AÇÕES DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento da ação: O médico e a enfermeira, em conjunto com o resto da equipe, definirá nas reuniões semanalmente, o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

AÇÕES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Ação: Monitorar o número de idosos com obesidade / desnutrição.

Detalhamento das ações: O médico e a enfermeira trimestralmente, monitorarão a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares

saudáveis para todos os idosos, além de monitorar o número de idosos com obesidade e desnutrição mediante a revisão dos prontuários clínicos e a caderneta da pessoa idosa.

AÇÕES DE ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento das ações: Nos grupos de idosos que serão oferecidos mensalmente pela enfermagem, o médico e a nutricionista orientaram os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis.

AÇÕES DE 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".

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

Detalhamento das ações: A enfermeira e o médico em conjunto com a nutricionista da UBS, ofereceram mensalmente palestras de diversos temas de interesse para capacitar a equipe para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável", para proporcionar um maior conhecimento dos profissionais da equipe sobre orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos.

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

AÇÕES DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

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

Detalhamento das ações: O médico e a enfermeira em conjunto com o resto da equipe definirá nas reuniões da mesma semanalmente, o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular, além de

demandar do gestor municipal parcerias institucionais para realização de atividade física.

AÇÕES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos.

Ação: Monitorar o número de idosos que realizam atividade física regular.

Detalhamento das ações: Os ACS e o técnico de enfermagem monitorarão mensalmente a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos, além de monitorar o número de idosos que realizam atividade física regular, mediante visitas domiciliares e o controle da assistência nas atividades esportivas planejadas.

AÇÕES DE ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento das ações: Nos grupos de idosos que serão oferecidos mensalmente pela enfermagem, o medico e o educador físico da UBS orientará os mesmos e a comunidade sobre os benefícios da realização de atividade física regular.

AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento das ações: A enfermeira e o médico em conjunto com o nutricionista da UBS, oferecerão mensalmente palestras de diversos temas de interesse para capacitar a equipe para a promoção e orientação dos idosos sobre a realização de atividade física regular.

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

AÇÕES DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento das ações: O médico em conjunto com a equipe odontológica, planejará mensalmente o número de consultas que serão oferecidas

aos idosos e o tempo médio de consultas, com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

AÇÕES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar as atividades educativas individuais.

Detalhamento das ações: O técnico de enfermagem junto com a assistente odontológico monitorarão as atividades educativas individuais através da revisão dos registros de participação nestas atividades.

AÇÕES DE ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento da ação: O técnico de enfermagem junto com o técnico em odontologia orientará aos idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias em todas as ações de saúde planejadas pela equipe, além dos grupos de idosos organizados e visitas domiciliares.

AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento da ação: A equipe odontológica oferecerá uma palestra mensal para a capacitação da equipe sobre as técnicas de higiene bucal e de próteses dentárias.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso na UBS Igarapé da fortaleza município santa estado Amapá

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

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

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa

Denominador: Número de idosos pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde, Igarapé da fortaleza município Santana, estado Amapá.

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

Meta 2.1. Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência.

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

Numerador: Número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde, Igarapé da fortaleza município Santana, estado Amapá.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas.

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

Numerador: Número de idosos com exame clínico apropriado em dia

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde, Igarapé da fortaleza município Santana, estado Amapá.

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

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

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

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde, Igarapé da fortaleza município Santana, estado Amapá.

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

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

Numerador: Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde, Igarapé da fortaleza município Santana, estado Amapá.

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

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

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

Denominador: Número de idosos acamados ou com problema de locomoção pertencente à área de abrangência da unidade de saúde, Igarapé da fortaleza município Santana, estado Amapá.

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

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

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

Denominador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde, Igarapé da fortaleza município Santana, estado Amapá.

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

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

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

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde, Igarapé da fortaleza município Santana, estado Amapá.

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

Indicador 2.8. Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes:

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus

Denominador: Número de idosos com pressão sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, Igarapé da fortaleza município Santana, estado Amapá.

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

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

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

Denominador: Número total de idosos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde, Igarapé da fortaleza município Santana, estado Amapá.

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

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

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

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde, Igarapé da fortaleza município Santana, estado Amapá.

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

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

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

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

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas, Igarapé da fortaleza município Santana, estado Amapá.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

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

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde, Igarapé da fortaleza município Santana, estado Amapá.

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

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

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

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde, Igarapé da fortaleza município Santana, estado Amapá.

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

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

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

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

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde, Igarapé da fortaleza município Santana, estado Amapá.

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

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

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

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde, Igarapé da fortaleza município Santana, estado Amapá.

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

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

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde, Igarapé da fortaleza município Santana, estado Amapá.

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos.

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

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

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

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde, Igarapé da fortaleza município Santana, estado Amapá.

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

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

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

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde, Igarapé da fortaleza município Santana, estado Amapá.

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

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

Numerador: Número de idosos com orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde, Igarapé da fortaleza município Santana, estado Amapá.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de atenção à saúde do idoso a equipe vai adotar o Manual Técnico de Envelhecimento e saúde da pessoa idosa, número 19, fornecido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006). Utilizaremos a caderneta do idoso e uma ficha espelho, mas o município não tem estabelecida nenhuma ficha para o registro de dados deste tipo. Assim, para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, o médico e o enfermeiro vão utilizar a ficha espelho disponibilizada pela especialização para garantir a qualidade dos registros e da intervenção em geral.

Conforme nossas estimativas, necessitamos em um primeiro momento de 392 cadernetas e fichas espelho. Assim realizaremos contato com o gestor municipal para dispor de 392 cadernetas e que garanta a impressão das 392 fichas espelho necessárias à coleta dos dados, onde vai ser anexada a caderneta.

Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizado um livro de registro para o preenchimento dos dados coletados. Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisará o livro de registro identificando todos os idosos que vieram ao serviço procurando atendimento nos últimos três meses. A profissional localizará os prontuários destes idosos e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho. Ao mesmo tempo

realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos, laboratoriais e vacinas em atraso.

Para levar na prática as ações de organização e gestão dos serviços, a equipe fará uma atualização do cadastro dos idosos. A mesma deverá ser feita pelos ACS em cada uma de suas áreas, com uma atualização semestral, além de manter o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção da área de forma atualizada trimestralmente. A enfermeira e a técnica de enfermagem manterá atualizado o sistema de registro dos idosos, fazendo revisão trimestral deste para acompanhamento do atendimento. Planejaremos uma agenda específica para os integrantes da equipe, para realizar visitas domiciliares aos idosos. A mesma conta com uma sessão de trabalho semanal para o atendimento destes casos para o médico e a enfermagem, que também vão garantir os recursos necessários para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos. Estas atividades serão planejadas toda quinta feira na reunião da equipe.

Além disso, o médico e a enfermeira detectarão mensalmente os idosos que não tem realizado o exame clínico, mediante a revisão dos prontuários clínicos e a caderneta do idoso, e os ACS realizarão a busca ativa dos mesmos. O médico terá em sua agenda semanal, um dia de atendimento exclusivo para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas ativas domiciliares. Também contaremos com o apoio do gestor de saúde municipal para garantir a referência e contra referência dos usuários com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades. Esta tarefa será de responsabilidade do gestor de saúde, já que estas especialidades são muito carentes neste Estado. Contaremos também com o apoio do gestor para o provimento dos recursos materiais para a realização dos exames que devem ser feitos pelo menos anualmente nos idosos.

O técnico da farmácia será o responsável pela realização mensal do controle de estoque de medicamentos incluindo a validade, e pelo registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde baseado no trabalho dos ACS, apoiados no gestor municipal de saúde. Como a demanda de atendimento dos idosos é muito alta, todas as equipes de ESF que prestam serviço na UBS, aumentarão o número de vagas na consulta de Hiperdia, e sempre terão semanalmente um número de dez vagas por dia para o atendimento priorizado aos usuários idosos portadores de HAS e DM. Os responsáveis da atividade serão os médicos, enfermeiros, o pessoal de triagem e os ACS.

Em conjunto com a equipe odontológica, vai ser planejado o acolhimento aos idosos na unidade de saúde, para oferecer atendimento prioritário e organizar a agenda de saúde bucal para atendimento aos mesmos. O médico terá em sua agenda semanal, um dia de atendimento aos idosos, e todos os dias, um número de três vagas para os idosos que precisem de um atendimento no momento, além de cinco vagas semanais para priorizar o atendimento os idosos de maior risco de morbimortalidade. Também terá um dia em sua agenda mensal somente para o atendimento aos idosos com rede social deficiente. Estabelecer-se-á a prioridade para os idosos no agendamento de consultas e visita domiciliar semanalmente.

A consulta trimestral dos prontuários, caderneta do idoso e da folha espelho feita pela enfermagem permitirá avaliar o número de idosos cadastrados no programa com relação ao número de idosos total da área, além de monitorar o número de acamados ou com problemas de locomoção. Será realizada a Avaliação Multidimensional Rápida aos mesmos, e os ACS farão a busca ativa dos faltosos, permitindo realizar a monitorização semestral da realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade de saúde e monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais feitos trimestralmente, mediante a consulta da folha espelho e a caderneta do idoso.

O técnico da farmácia em conjunto com a enfermagem e o médico farão levantamento quinzenal do abastecimento dos medicamentos da Farmácia Popular / Hiperdia de acordo com a população usuária destes medicamentos, para detectar em tempo o déficit dos mesmos e reorientar ao paciente. A enfermagem e os ACS monitorarão a realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção onde os ACS serão os responsáveis pela organização e planejamento semanal destas visitas. O médico em conjunto com a equipe odontológica monitorará a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de idosos através da revisão trimestral dos prontuários de saúde bucal. O médico fará revisão trimestral da qualidade do registro de atendimento aos idosos acompanhados na UBS, baseado na revisão dos prontuários clínicos, caderneta dos idosos e folhas espelho. O médico em conjunto com a equipe odontológica, planejará mensalmente o número de consultas que serão oferecidas aos idosos e o tempo médio de consultas.

Com relação às ações de engajamento público, estas serão desenvolvidas pela equipe em geral, o médico, enfermagem e os ACS, onde farão palestras,

dinâmicas de grupo, visitas domiciliares semanalmente e entrarão em contato com a associação de moradores e com os representantes da comunidade da área de abrangência para apresentarmos o projeto, esclarecendo a importância da atenção à saúde da pessoa idosa.

Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a captação de idosos e de esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional. Todas as semanas se oferecerá uma aula de algum tema de interesse para a população idosa na própria UBS, escola ou igreja localizada na comunidade.

Já na parte das ações de qualificação da prática clínica, estas se desenvolverão com o objetivo de capacitar a equipe para que possam realizar todas as ações pertinentes à saúde do idoso de maneira correta e atualizada.

Assim, com antecedência de uma semana antes do início da intervenção, começaremos com a capacitação sobre o manual técnico de Saúde do idoso para que toda a equipe utilize esta referência na atenção aos idosos. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, sendo que para isto, reservaremos 2 horas ao final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e fará uma exposição do conteúdo aos outros membros da equipe. Isto ocorrerá todas as semanas, onde se debaterá a atualização de algum tema de interesse para a equipe, seguindo cronograma estabelecido.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Começaremos analisando todas as ações implementadas no cronograma da intervenção que estão de acordo com o preconizado pelos protocolos do Ministério da Saúde. As mesmas foram feitas com sucesso, onde realizamos um ótimo acolhimento aos idosos e conseguimos atingir 100% da cobertura no atendimento aos mesmos. Outro ponto a se destacar é que a adesão dos idosos a nossa intervenção até o presente momento tem sido ótima e o engajamento das outras equipes contribui para aderir às atividades na rotina de trabalho da unidade de saúde.

As atribuições de cada profissional foram discutidas semanalmente nas reuniões de planejamento do trabalho, já que as atividades mudavam de semana em semana para que não houvesse o risco de atrapalhar as outras atividades que se desenvolvia, nos diferentes programas de saúde. Também toda semana se avaliou a disponibilidade dos recursos humanos e materiais necessários para fazer as atividades previstas no projeto.

Com relação à Avaliação Multidimensional a mesma se desenvolveu sempre sem dificuldades e todo idoso tem garantido a solicitação de exames e a terapia medicamentosa pela farmácia popular. Ficamos de olho em todos aqueles que apresentaram uma pressão sustentada maior de 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial ou diabetes, onde realizamos um acompanhamento mais de perto. Conseguimos fazer também um acompanhamento mais minucioso dos idosos acamados ou com problemas de locomoção, onde realizamos todas as semanas, visitas domiciliares para todos os acamados que estavam cadastrados no programa e fizemos busca ativa de novos casos a todo o momento.

Realizamos a busca ativa dos usuários faltosos a consulta, conseguindo resgatar a maioria deles, além de que estes casos não foram muitos, pois como foi descrito, os usuários estão gostando do novo protocolo de atendimento e a maior parte das atividades foi e continua se desenvolvendo na comunidade através de ações de saúde e visita domiciliar. Mesmo assim se planejaram dois horários de consulta na UBS para um atendimento mais minucioso e completo para todo aquele caso que precise de um exame físico com maior privacidade, por conta de doenças ou devido a outro tipo de atendimento que não é possível completar na comunidade.

As fichas espelho no início, por conta de ser uma ferramenta nova a ser utilizada, a equipe ficou atrasada no preenchimento delas, mas com o trabalho do dia a dia a mesma conseguiu se familiarizar com elas e hoje o preenchimento destas fichas está mais rápido. Isto foi possível, pois adotamos uma estratégia de sempre que o idoso assiste à consulta, a ficha espelho o acompanha e cada profissional tem a oportunidade de fazer a avaliação da morbimortalidade e os diferentes riscos incluindo a rede social. Durante o curso da nossa intervenção e em cada uma das atividades desenvolvidas pela equipe, reforçamos as atividades de promoção e prevenção em saúde, oferecendo aulas e palestras com orientações sobre os hábitos adequados de nutrição, saúde bucal e a prática de exercícios físicos moderados.

A caderneta da pessoa Idosa se conseguiu já na última semana de intervenção, onde nos foi entregue um número pequeno de cadernetas, as mesmas foram rapidamente distribuídas conseguindo levar este indicador ao 11,3% e aguardamos pelas demais cadernetas para continuar a distribuição e melhorar ainda mais o indicador..

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Nesta primeira etapa de intervenção algumas das atividades previstas no cronograma não foram desenvolvidas por questões fora do nossa governabilidade, e que apesar do esforço realizado por nós e das muitas reuniões com a coordenação, não foi possível concretizar as mesmas. Está incluído neste aspecto o atendimento odontológico para os idosos, que foi impossível de realizar até a última semana da intervenção. Esta problemática foi identificada no início da intervenção, já que o

atendimento Odontológico em nosso município é muito carente, primeiro porque a demanda é muito alta e não oferece prioridade para nenhum grupo populacional. Em segundo, existe um desabastecimento de recurso material para esse tipo de atendimento, onde infelizmente, existe a falta de gestão municipal para providenciar estes recursos. Assim, foi impossível oferecer este tipo de atendimento para os nossos idosos. Hoje somente podemos fazer a avaliação bucal para detectar a necessidade de atendimento odontológico individual, e orientar as técnicas corretas de escovação para uma correta saúde bucal, além continuar falando com o gestor municipal e administração da unidade de saúde para tentar oferecer o serviço o mais rápido possível.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

A coleta e sistematização de dados relativos da intervenção assim como o cálculo dos indicadores não se apresentaram como problema. Conseguimos cadastrar mediante busca ativa 364 usuários que correspondem a 100%.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Conseguimos neste período de trabalho fazer muitas atividades e atingir quase todas as metas propostas na intervenção. Através desta intervenção o programa de saúde aos Idosos se apresenta como um novo sistema de atendimento, mais organizado, qualificado e humano e todas as ações realizadas se incorporaram nas rotinas de trabalho de todas as equipes de PSF da minha unidade de saúde. Além disto, nossas ações são recebidas com muita satisfação pelos usuários do SUS, contemplando nosso maior objetivo com sucesso.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Os resultados a seguir descritos são frutos da nossa intervenção que foi desenvolvida em 12 semanas ao invés das 16 semanas propostas inicialmente.

Durante este tempo, tentamos fazer todas as ações propostas em nosso projeto de intervenção, assim como atingir as metas traçadas. A seguir realizaremos uma avaliação dos aspectos quantitativos e qualitativos dentro de cada ação de saúde desenvolvida no processo.

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

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

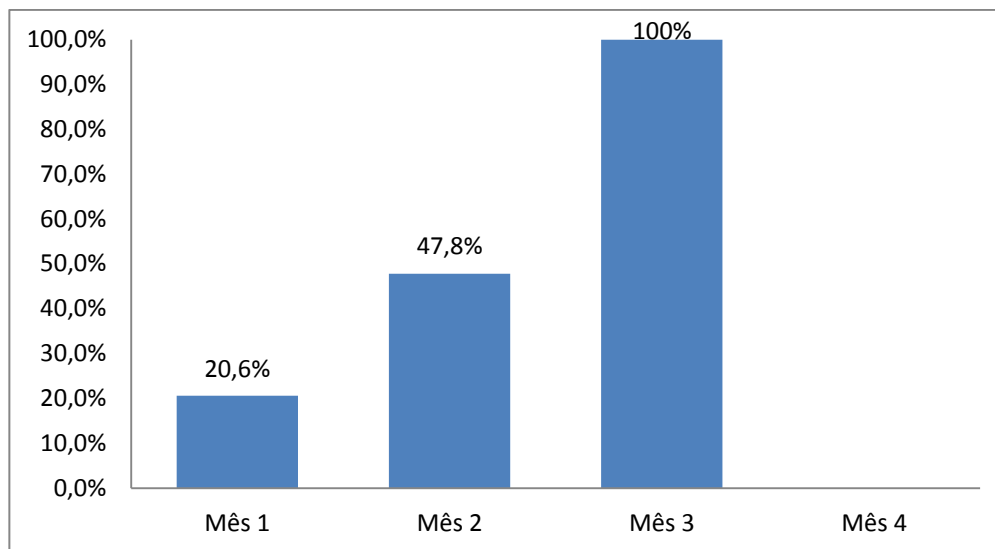
Indicador 1.1.: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.

Nossa meta de ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 100% foi atingida com sucesso, já que conseguimos engajar todas as equipes da UBS na nossa atividade e programar um sistema de atendimento para este grupo populacional, que hoje é rotina de trabalho na mesma. Também temos que dizer que seguindo as estimativas do CAP, nossa UBS devia ter um total de 392 Idosos, mas após realizarmos o cadastramento da população idosa, obtemos uma população de 364 usuários acima de 60 anos, achamos que a diferença entre o esperado pelo CAP e a nossa realidade devesse as características de nossa população de ser constantemente migratória e o CAP faz seus cálculos baseados em populações que não se movimentam muito além de serem estimativas.

A intervenção foi progredindo e melhorando a cada mês, tanto que o número de pessoas atendidas aumentou consideravelmente da seguinte forma: no primeiro mês cadastramos no programa 75 idosos (20,6%), no segundo mês aumentaram para 174 Idosos (47,8%), correspondendo 27,2% acima do primeiro mês. Já no terceiro mês atingimos o 100% de cobertura, aumentando o número de atendimentos mais que o dobro dos dois primeiros meses, com 190 novos atendimentos, chegando ao total de 364.

As questões envolvidas para atingir este indicador foram que primeiro, ocorreu o engajamento gradual e satisfatório do resto das equipes da unidade de saúde, quines trabalharam todos os dias com vagas nas suas agendas para o atendimento deste povo m todas suas atividades tanto dentro como fora da UBS, segundo foi à atualização do cadastro deste grupo populacional, onde existia um subregistro na nossa área, e por último e não menos importante, o nosso trabalho foi baseado na realidade da nossa área adstrita e não no parâmetro proposto pelo caderno de ações programáticas, que às vezes não se ajusta a todo território.

Na verdade nossa intervenção conseguiu atingir 100% da população no prazo para executar a mesma, mantemos a certeza de que este indicador continue se mantendo já que foi um grão sucesso atingir esses valores e um logro muito importante que temos que manter com o trabalho que vem se desenvolvendo diariamente, pois o processo de cadastramento e acolhimento vem sendo ótimo e as atividades que no inicio foram propostas hoje são rotinas de trabalho na UBS. Estes resultados podem ser observados na figura 1.



Figura

1. Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.

Fonte. Planilha de coleta de dados 2015

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

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

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

Em relação à proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia, sempre fizemos esta na primeira consulta sendo uma ação que conseguimos realizar muito bem, pois sempre que o idoso recebeu algum tipo de atendimento, foi garantida esta avaliação. Este foi uma ação que conseguiu atingir a meta inicial de 100%, em todos os três meses. No primeiro mês avaliamos 75 idosos (100%), no segundo mês 174 (100%) e finalizamos com 364 (100%).

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

Indicador 2.2.: Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

Com relação à proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia, tenho que dizer que esta foi a principal atribuição e atividade prioritária do médico da equipe, onde sempre realizou o exame em todos os casos, para atingir nossa meta

inicial de 100%. Este indicador se manteve em 100% desde o princípio da intervenção, pois como era minha principal atribuição em todo atendimento, fiz uma avaliação de ótima qualidade a todos os usuários que necessitaram de um atendimento mais específico, onde foram atendidos dentro do programa. No primeiro mês avaliamos 75 idosos (100%), no segundo mês 174 (100%) e finalizamos com 364 (100%).

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

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

À proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia, também se manteve em 100% desde o início da intervenção, já que foi uma estratégia indicar os exames na primeira consulta com o usuário idoso, independentemente do tempo que foi realizado o último. Este foi mais outro indicador que foi atingido pelo ótimo engajamento de todos os profissionais envolvidos na intervenção. No primeiro mês avaliamos 49 idosos (100%), no segundo mês 132 (100%) e finalizamos com 270 (100%).

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

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

O indicador relativo aos idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada foi um dos indicadores que estamos trabalhando muito para atingir nossa meta de 100%. O mesmo foi melhorando com o tempo durante a intervenção, não atingindo ainda os 100%, apesar de todas as estratégias que foram lançadas. Sempre que foi possível se prescreveram estes medicamentos que estavam disponíveis na farmácia popular, mas mesmo assim houve momentos que a indisponibilidade destes medicamentos atrapalhou o uso deles. Também foi difícil pelo fato de que o povo é muito resistente nas mudanças no tratamento, mas sempre tentamos ter o consentimento dos usuários, para atingir um aumento no controle de suas doenças crônicas, fazendo ênfases nos usuários com mais baixos recursos econômicos.

Outra dificuldade foi o uso elevado dos remédios manipulados que continuam sendo usados no tratamento de alguns dos nossos usuários idosos com doenças crônicas, e a elevada adesão deles a estes remédios, por conta de que o uso de remédios não manipulados aumenta o número de comprimidos a serem administrados ao dia. Assim, todo aquele usuário de manipulado fez resistência quanto a indicação de remédio da farmácia popular, o que ocasionou que este indicador ficasse da seguinte forma: no primeiro mês tivemos 49 Idosos (65,3%) com prescrição de medicamentos, no segundo foram 132 (75,9%) e no final com 270 (74,2%), não foi atingindo nossa meta inicial.

Continuamos aperfeiçoando a nossa estratégia trabalhando com todos os profissionais da Ubs, principalmente com os técnicos em farmácia que são os responsáveis pela realização do controle de estoque de medicamentos para evitar o esgotamento antecipado destes. Também os ACS estão se esforçando para orientar os usuários e a comunidade em geral sobre o direito dos mesmos de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este (Figura 2).

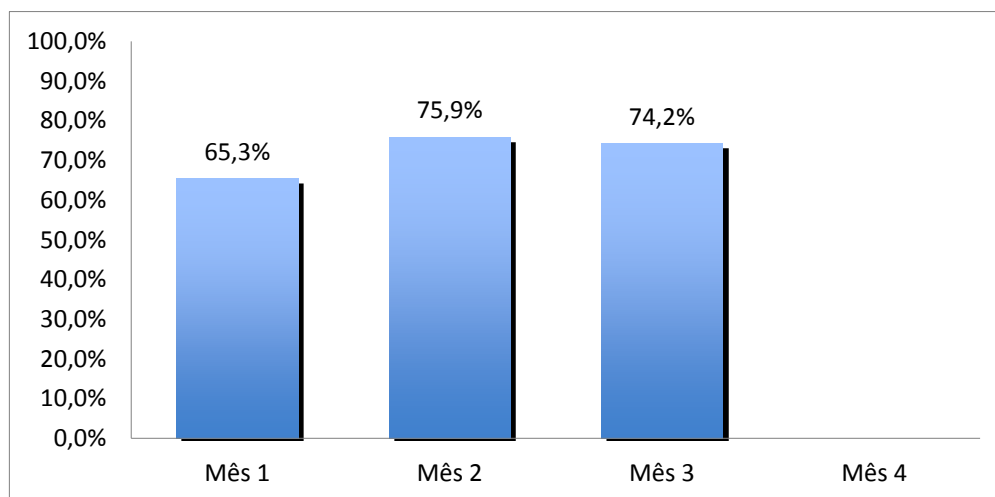


Figura 2. Gráfico indicativo da proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Fonte. Planilha de coleta de dados 2015

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

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

A proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados, foi uma atividade com um ótimo desenvolvimento. Nossa UBS não tinha estes registros, mesmo sendo de competência dos ACS, estes dados ficavam desatualizados. Durante a intervenção este indicador melhorou muito, e hoje temos 36 idosos acamados ou com problemas de locomoção que são tratados e atendidos na sua própria casa pelas equipes, levando até lá a qualidade dos serviços de saúde. Atualmente temos um protocolo a seguir para o agendamento das visitas domiciliares e as atividades a serem desenvolvidas com os idosos acamados, assim como prontuários e fichas espelho para o registro destes atendimentos.

Cadastramos no primeiro mês 11 idosos (100%), no segundo mês 23 idosos (100%), e no terceiro mês conseguimos atingir 36 idosos (100%). Acredito que na medida em que continuemos trabalhando no atendimento dos idosos este indicador aumente progressivamente, pelo fato de que os idosos podem apresentar problemas de locomoção de recente instalação ou apresentar alguma doença ou agravos que ocasionem acamamento. (Figura 3).

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

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

A proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção que receberam visita domiciliar foi outro indicador que atingiram nossa meta inicial de 100%, já que uma vez que estes usuários foram identificados e cadastrados. Nossas equipes ficaram fazendo um seguimento de perto dos problemas de saúde dos mesmos, sendo estes visitados às vezes até semanalmente por nossa equipe e muitas vezes também pelo NASF. Assim no primeiro mês acompanhamos 11 Idosos acamados (100%), no segundo mês 23 (100%) e no terceiro mês 36 idosos (100%).

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

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

Mais um indicador que atingiu o 100% desde o início da intervenção foi o relativo ao cálculo da proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta, já que no primeiro mês foram 75 idosos (100%), no segundo 174 (100%) e

no terceiro 364 (100%). Para atingir estes resultados a equipe desenhou um plano para a aferição da pressão arterial em todos os usuários idosos que foram avaliados em qualquer atividade.

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

Indicador 2.8: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

Além de mais todos os usuários hipertensos foram rastreados para diabetes, ação que foi desenvolvida com muito esmero pela equipe, já que se sabe a estreita associação entre estas doenças assim como os danos que estas produzem caso não haja o controle adequado destas doenças, ocorrendo à diminuição da qualidade de vida no caso de acontecer alguma complicação ou surto da patologia de base. Este indicador conseguiu o 100%, desde o início da intervenção já que toda atividade se realizou glicemia capilar a todo paciente suspeito da doença o somente hipertenso. Assim, no primeiro mês foram 48 idosos (100%), no segundo 131 (100%) e no terceiro 269 (100%).

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

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

Com relação à proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, conseguimos atingir nossa meta inicial de 100%. Nossa equipe tem um técnico de odontólogo que participou de todas as atividades da equipe e realizou esta avaliação inicial. Como a nossa área adstrita de forma geral são usuários de baixos recursos, quase a totalidade deles precisa de algum procedimento odontológico. A equipe conseguiu fazer esta primeira avaliação aos 100% dos idosos cadastrados no programa. No primeiro mês foram 75 idosos (100%), no segundo 173 (99,4%) e no terceiro 364 (100%) (Figura 4).

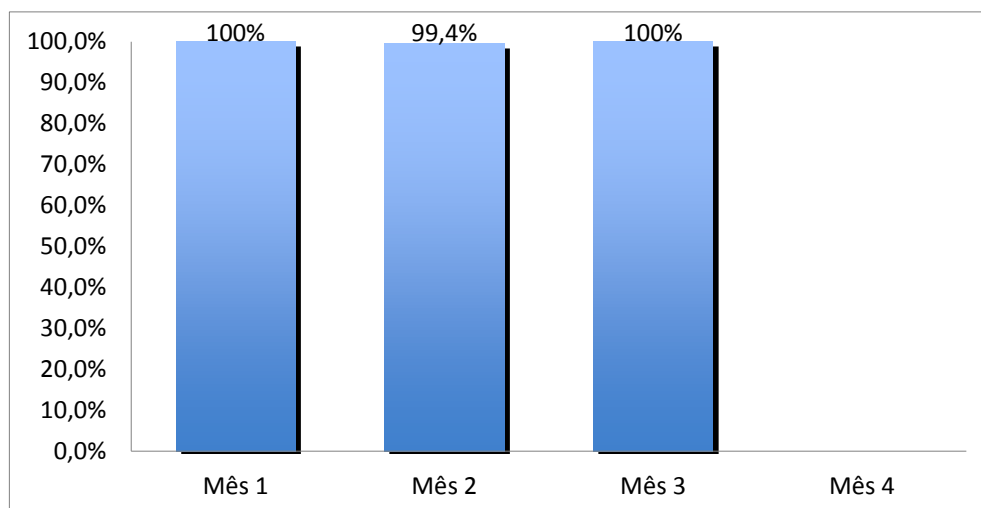


Figura 4. Gráfico indicativo da proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

Fonte. Planilha de coleta de dados 2015

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

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

Já na proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática, a equipe enfrenta uma grave dificuldade, pois não foi possível desenvolver este indicador durante as 12 semanas, por conta das deficiências que têm este tipo de atendimento em nosso município. Mesmo existindo na nossa equipe o odontólogo, até hoje enfrentamos um desabastecimento de recursos materiais para este tipo de atendimento, nem para urgências. Para agravar ainda mais a situação é que somente este ano, o secretário municipal de saúde já foi trocado quatro vezes, o que impossibilita qualquer tipo de gestão e concretização da atividade. Assim, não foi possível para a equipe conseguir fazer este tipo de atendimento, atendemos no curso da intervenção um (0,3 %) usuário no primeiro mês, atendido como urgência e posteriormente encaminhado para o hospital já que não foi possível completar o seu atendimento na ub. No segundo e terceiro mês não atendemos nenhum usuário (Figura 5).

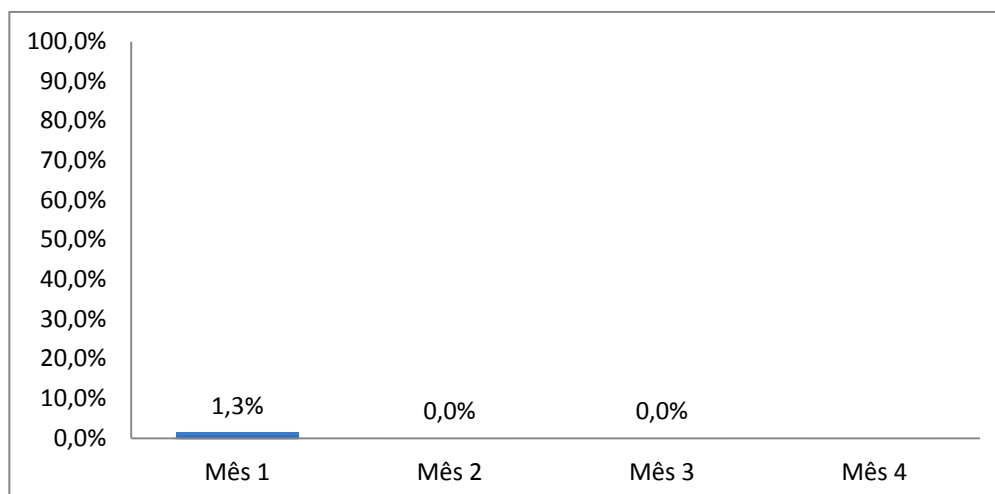


Figura 5. Gráfico indicativo da proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

Fonte. Planilha de coleta de dados 2015

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

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

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

Relatando a proporção de idosos faltosos às consultas durante o período em que foi desenvolvida a atividade, podemos falar que se apresentou uma porcentagem alta de faltosos somente no terceiro mês, onde faltaram 17 idosos e destes 11 receberam busca ativa e se conseguiu resgatar o atendimento deles, correspondendo a 64,7%. Tudo isto foi possível conseguir baseados nas estratégias propostas no projeto de intervenção de fazer as atividades de saúde na comunidade, no próprio ambiente social dos usuários, onde se facilitou a realização de todas as atividades assistenciais e de promoção e prevenção de saúde. Não entanto todo aquele usuário que precisou de um seguimento mais de perto, e sob outras condições assistências, tiveram seus espaços na própria UBS, com os agendamentos de consultas (Figura 6).

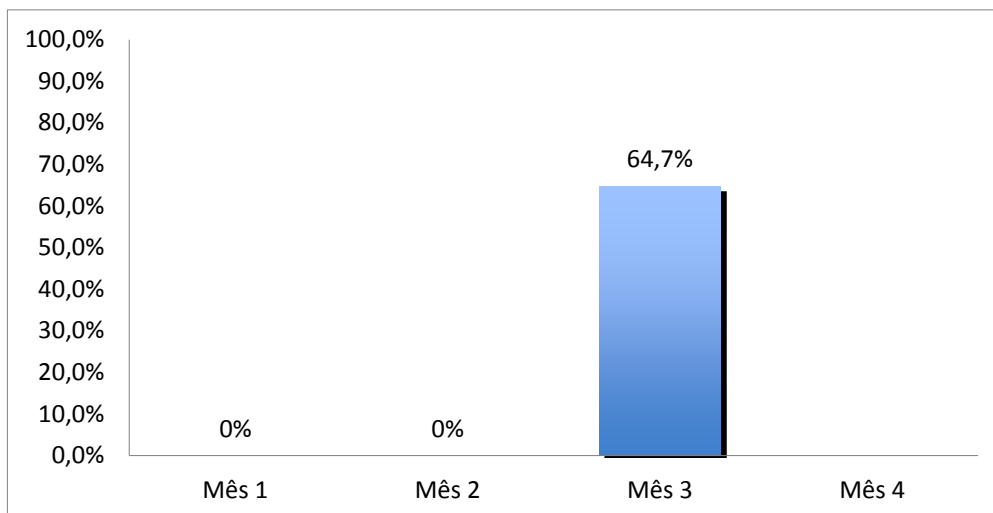


Figura 6. Gráfico indicativo da proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa.

Fonte. Planilha de coleta de dados 2015

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

O indicador relacionado ao registro na ficha de espelho em dia foi mais um indicador desenvolvido de uma maneira ótima pela nossa equipe, que se manteve em 100% nos dois primeiros meses, com 75 e 174 idosos respectivamente. No entanto, no terceiro mês não foi possível registrar todos os idosos, mas ficamos com 95,3% que corresponde a 347 idosos. Foi possível engajar as demais equipes neste período, no entanto eles tiveram um pequeno grupo que não conseguiram atualizar a ficha espelho, mas acreditamos que com o apoio dos ACS neste processo, conseguiremos atualizar e anexar ao prontuário dos mesmos o mais breve possível para que o resto das avaliações seja preenchido pelo profissional no momento do atendimento deste usuário (Figura 7).

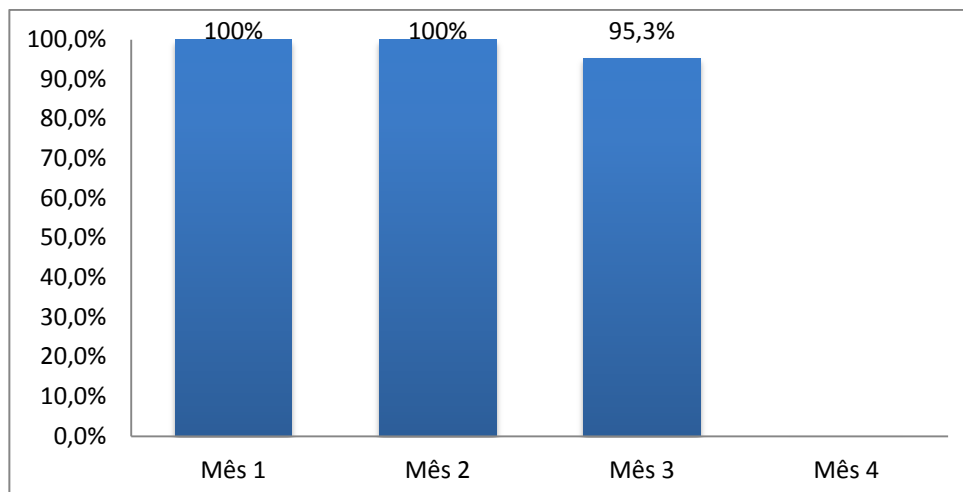


Figura 7. Gráfico indicativo da proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia.

Fonte. Planilha de coleta de dados 2015

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

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

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa foi o segundo indicador que não foi possível desenvolver de forma ótima, e não foi por conta de nossas gestões e governabilidade, pois desde o início do projeto quando se planejaram os recursos a dispor para a operacionalização da mesma, a equipe enfrentou a dificuldade de que nossa secretaria de saúde não tinha disponibilidade deste instrumento para o idoso, pelo que não foi possível atingir a nossa meta inicial de 100%. No entanto no terceiro mês conseguimos um número baixo de cadernetas por conta do novo gestor municipal, onde as mesmas foram distribuídas na hora, com o compromisso de que o resto vai ser entregue no menor tempo possível. Este indicador ficou baixo com somente 11,3% no terceiro mês, correspondendo a 41 cadernetas distribuídas. Mais acreditamos que daqui a pouco este indicador vai melhorar, já que somente se precisa do recurso material para desenvolver o mesmo (Figura 8).

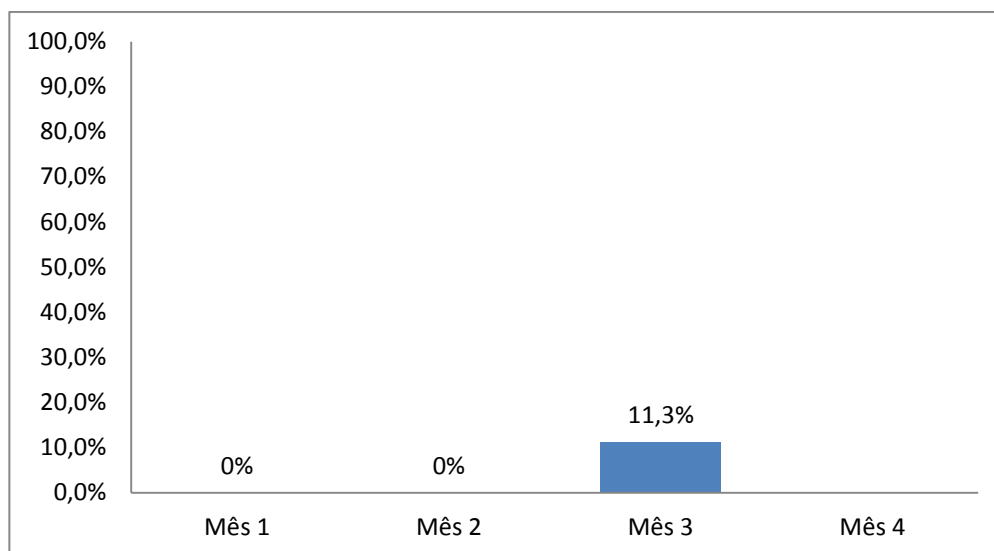


Figura 8. Gráfico indicativo da proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Fonte. Planilha de coleta de dados 2015.

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

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

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

A proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade foi muito boa, Esta atividade se desenvolveu de forma ótima e mais uma vez, baseados nas propostas do protocolo de atendimento da pessoa idosa e nos planos trazidos durante o projeto de intervenção, este indicador foi atingido com sucesso, alcançando muito próximo nosso objetivo inicial de 100%. Para atingir a nossa meta esta avaliação foi realizada em todo momento por cada um dos profissionais envolvidos no projeto e em todas as atividades oferecidas sem deixar escapar o ambiente social em que se desenvolve este usuário. Os ACS e a assistente social tiveram um papel fundamental, já que eles conhecem a situação familiar que todos os usuários e ficam mais perto deles em suas áreas. No primeiro mês foram 75 idosos (100%), no segundo 174 (100%) e no terceiro 347 (95,3%) (Figura 9).

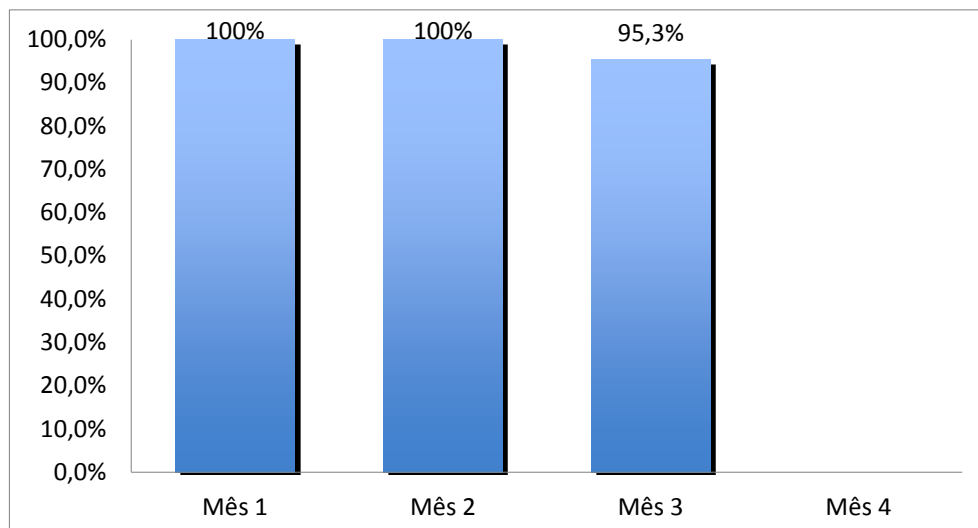


Figura 9. Gráfico indicativo da proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.

Fonte. Planilha de coleta de dados 2015.

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

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

A proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia foi um indicador que se comportou idêntico ao indicador do risco da morbimortalidade já que os dois foram desenvolvidos do mesmo jeito com a ajuda da equipe toda. Nas consultas posteriores foram-se completadas as respectivas avaliações. Assim tivemos no primeiro mês 75 idosos (100%), no segundo 174 (100%) e no terceiro 347 (95,3%) (Figura 10).

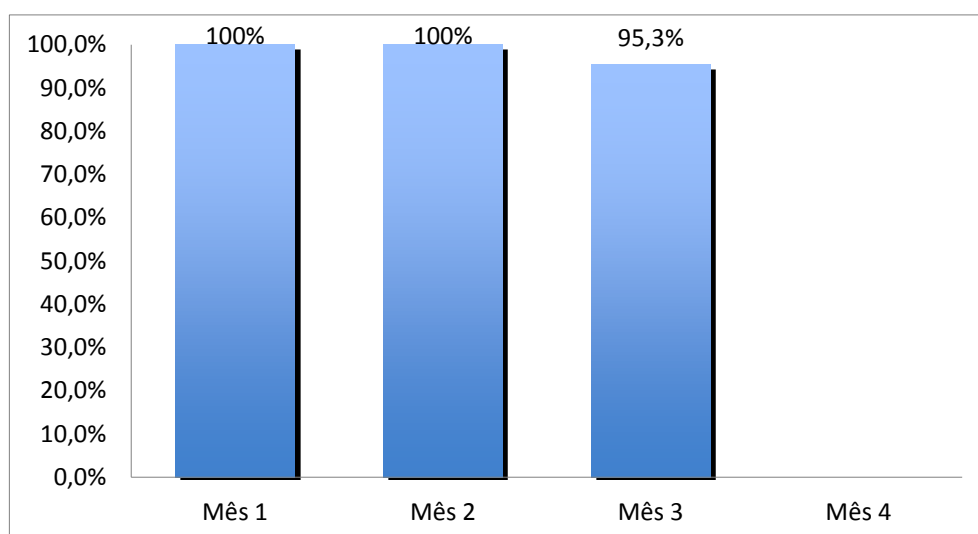


Figura 10. Gráfico indicativo da proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia. Fonte. Planilha de coleta de dados 2015.

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

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

A proporção de idosos com avaliação de rede social em dia foi um parâmetro onde os ACS e a assistente social tiveram um papel fundamental, já que os mesmos tem maior contato com os idosos no dia a dia e conhecem a situação familiar que os mesmos apresentam. Assim tivemos no primeiro mês 75 idosos (100%), no segundo 174 (100%) e no terceiro 347 (95,3%) (Figura 11).

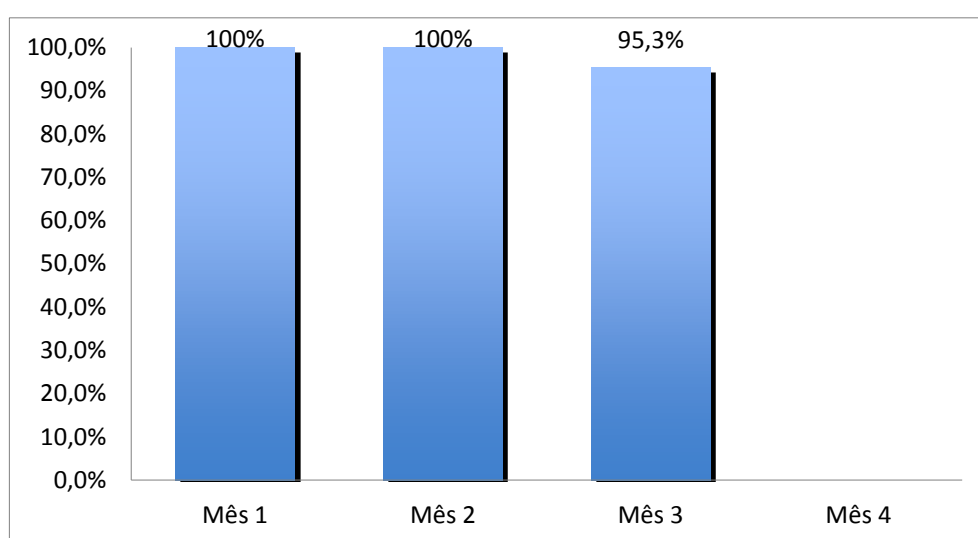


Figura 11. Gráfico indicativo da proporção de idosos com avaliação de rede social em dia.

Fonte. Planilha de coleta de dados 2015.

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos.

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

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

Com relação à proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis, conseguimos alcançar nossa meta inicial de 100%. No primeiro mês orientamos 75 idosos (100%), no segundo foram 174 (100%) e no terceiro 364 (100%).

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

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

Já com relação ao indicador sobre a Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física, atingimos nossa meta inicial de 100%. No primeiro mês foram 75 idosos (100%), no segundo 174 (100%) e no terceiro 364 (100%).

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

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

Sobre as orientações de higiene bucal, conseguimos obter a meta proposta no início. Todos os usuários receberam esta informação, pois sempre realizamos atividades de promoção e prevenção por meio de palestras, aulas, conversas individuais para os usuários identificados com risco. Também oferecemos atendimento diferenciado para aqueles usuários acamados baseados em sua patologia de base durante as visitas domiciliares. No primeiro mês foram 75 idosos (100%), no segundo 174 (100%) e no terceiro 364 (100%).

4.2 Discussão

Através desta intervenção conseguimos atingir 100% de cobertura para os usuários idosos, pois engajamos todas as equipes da UBS na mesma. Além disto, programamos um sistema de atendimento para este grupo populacional que hoje é rotina de trabalho na UBS. Hoje oferecemos uma ampla cobertura em saúde para os usuários maiores de 60 anos, aumentando significativamente a quantidade destes que recebem serviços de saúde e atividades de promoção e prevenção neste grupo etário. Houve também uma melhoria dos registros e da qualificação da atenção, onde a mesma agora tem um número elevado de idosos com registro na ficha espelho, instrumento que também conseguimos inserir na rotina da UBS com as atividades programadas pela nossa intervenção.

Conseguimos também melhorar significativamente o seguimento e controle dos idosos hipertensos e diabéticos através do controle e prescrição dos

medicamentos da farmácia popular, além do mais oferecemos um seguimento dos idosos acamados e com problemas de locomoção muito de perto, garantindo um atendimento de qualidade. Devemos ressaltar também que implantamos nas consultas clínicas a Avaliação Multidimensional Rápida, a avaliação de risco para morbimortalidade e a avaliação para fragilização na velhice que tem se desenvolvido com as nossas atividades de intervenção com o engajamento de todos os profissionais de unidade, além da incorporação das atividades de promoção de saúde programadas toda semana e que hoje são parte da rotina de trabalho da UBS. Durante a intervenção foi preciso fazer a capacitações para atualizar os profissionais que participaram da intervenção, baseado no manual fornecido pelo Ministério da Saúde, sobre o atendimento, diagnóstico, tratamento e acompanhamento de forma geral dos usuários idosos.

No final da intervenção as equipes envolvidas ficaram muito mais engajadas o que permitiu desenvolver todas as atividades planejadas com sucesso, solucionando os problemas e dificuldades que se apresentam no mesmo momento. Ainda continuamos insistindo para dar solução aos aspetos que não foi possível completar no tempo de implementação da intervenção, que é o atendimento odontológico e a caderneta de saúde da pessoa idosa, sem atrapalhar o resto das atividades já propostas e que são rotinas de trabalho estabelecidas.

Hoje podemos falar que o início do processo de cadastramento dos idosos da área está se desenvolvendo com maior qualidade, atividade garantida pelos ACS, fazendo om que seja possível uma delimitação certa do território de atendimento de cada profissional facilitando a identificação e acolhimento dos usuários que precisam do atendimento mais especializado. Mantivemos como atividade fixa e de muita importância às visitas domiciliares, para garantir o adequado acompanhamento dos idosos acamados. Todas as atividades desenvolvidas permitiram fazer um amplo trabalho em equipe com as atribuições de cada profissional, o que garantiu ótimo desenvolvimento de todas as atividades planejadas.

Ainda hoje continuamos trabalhando no recadastramento das áreas para manter este atualizado, assim como detectando e programando a necessidade e frequência das visitas domiciliares em conjunto com o médico para todo usuário que necessitam. Por outro lado o acolhimento, triagem e seguimento dos idosos atendidos, assim como a atualização dos registros, foi uma atribuição da enfermeira e técnica de enfermagem, além de incorporar em sua rotina de trabalho algumas

outras atividades como, avaliação do risco, aulas e palestras assim como atividades de promoção e prevenção em saúde.

O médico teve nas suas atribuições como realizar o exame clínico completo e apropriado em cada usuário em todas as consultas ou atividades planejadas, além de fazer o plano terapêutico adequado em todas as situações apresentadas. Também manteve sob seus cuidados o atendimento e seguimento dos idosos acamados, assim como o oferecimento de temas de atualização para os profissionais envolvidos na intervenção sobre as técnicas para um acolhimento adequado, como a avaliações Multidimensional, avaliação de risco para velhice e morbimortalidade, assim como temas de promoção em saúde sobre nutrição, cuidado dos dentes, prática de exercícios físicos, cuidados no usuário diabético e hipertenso, o que garantiu um aumento do nível profissional de toda a equipe.

Temos que dizer que antes de se planejar e desenvolver a nossa intervenção, todo o atendimento aos idosos eram realizados em sua maioria pelo médico e somente se oferecia o atendimento em consultas agendadas. As visitas domiciliares eram realizadas com menor frequência. Assim, através da intervenção, propusemos uma revisão e estudo do programa de atendimento ao idoso fornecido pelo ministério da saúde, além de revisar as atribuições de todos os profissionais, para garantir todos os elementos e atividades que se precisam no atendimento aos idosos. Com uma maior qualidade no registro, no agendamento das consultas, visitas aos idosos assim como o resto das atividades planejadas, conseguimos aperfeiçoar e não sobrecarregar a agenda para o resto das atividades a serem desenvolvidas na unidade.

A intervenção teve um impacto positivo nas demais atividades da unidade, já que conseguimos engajar no atendimento ao idoso todo o pessoal da unidade. Todos participaram desde suas atribuições no atendimento priorizado para o povo idoso, e hoje todas as atividades desenvolvidas são rotinas de trabalho de todos os profissionais. Além disso, também conseguimos melhorar e organizar melhor os fluxos de usuários dentro da unidade conseguiu atualizar o cadastramento da população, onde proporcionou conhecer a prevalência das doenças crônicas mais frequentes na nossa área possibilitando manter o estoque das medicações para o controle das mesmas.

Acredito que apesar de todas as atividades e ações desenvolvidas neste período, o resultado não é muito conhecido pela comunidade, já que o trabalho foi

feito com usuários idosos e suas famílias, sem muita divulgação para o resto da comunidade. No entanto, a população que recebeu o atendimento seja na UBS nas visitas domiciliares ou através de palestras educativas estão satisfeitos com o mesmo.

Ainda temos muita coisa para fazer e uma atividade muito importante que até hoje não conseguiu concretizar é o atendimento odontológico e o fornecimento da caderneta dos idosos para todos eles, situação que apesar dos nossos diálogos com o gestor municipal, não obtivemos resultados, mas continuamos insistindo em achar uma solução a estas dificuldades.

Se hoje fosse o início da nossa intervenção, tentaria engajar mais a comunidade em geral para que eles conhecessem melhor todos os critérios de priorização da atenção aos idosos, para que os demais usuários não ficassem incomodados pelo fato do atendimento priorizado para os idosos. Mesmo realizando encontros somente aberto a comunidade em geral, apenas participaram neles os idosos e suas famílias e não os demais grupos populacionais, o que produziu amplo conhecimento apenas entre a população idosa. Além disto, gostaria de melhorar a divulgação da intervenção, mais sim podemos falar que todas as estratégias desenvolvidas deram certas e conseguimos atingir maioria dos pontos propostos sem muita dificuldade. Os que não foram resolvidos foram por conta de situações que vão além de nossa governabilidade, mais ainda continuamos trabalhando neles.

De agora para frente continuaremos desenvolvendo todas nossas atividades, continuaremos elevando a cobertura do programa e tentaremos atingiras metas propostas no resto dos indicadores, em especial a cobertura do atendimento odontológico e a distribuição da caderneta de saúde do idoso que nas próximas semanas serão fornecidas pela secretaria de saúde. Também manteremos a busca ativa de idosos acamados ao com problemas de locomoção, tarefa priorizada no trabalho, assim como a busca ativa dos idosos faltosos as consultas. No futuro próximo desenvolveremos intervenções de saúde para o resto dos grupos populacionais como são os adolescentes e as crianças.

Com esta intervenção conseguimos desenvolver todos os princípios do SUS, oferecendo um atendimento de qualidade, integral e humanizado. Acreditamos que estes atendimentos possam se levar a toda à população da UBS, elevando a qualidade de vida dos mesmos, com uma atenção na saúde digna.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezado Secretario Municipal de Saúde

Sr. Aguinaldo

Foi realizada uma intervenção em saúde que tenha como principal objetivo melhorar a atenção a saúde do idoso na UBS Igarapé Fortaleza no município Santana nos meses de abril a junho do presente ano, gostaríamos de apresentar para o senhor o relatório da mesma.

Baseados nos resultados obtidos, vamos analisar o trabalho desenvolvido neste período, destacando os pontos positivos e as deficiências que poderiam ser resolvidas pelos gestores, com o objetivo principal de atingir as metas propostas e oferecer um atendimento de qualidade aos nossos usuários.

Dentro das ações previstas no projeto a serem desenvolvidas nestas semanas e que foram feitas com sucesso, temos a cobertura, que atingimos 100%, foi possível fazer a Avaliação clinica geral nos 100% da população idosa atendida, o que permitiu detectar oportunamente os problemas de saúde ou agravos da mesma no grupo avaliado, também foi possível garantir a requisição de exames para 100% dos idosos, mais não a realização dos mesmos devido às dificuldades que apresenta hoje o laboratório clinico no município e que esta fora de nossa governabilidade, se garanti-o também a prescrição de terapia medicamentosa pela farmácia popular a 74,2% dos usuários que precisam destes remédios.

Temos uma série de atividades que para serem desenvolvidas adequadamente precisam muito mais do apoio do gestor de saúde municipal e da prefeitura, por exemplo, os registros de medicamento pela RENAME, que é realizado pela secretaria de saúde são baseados nas necessidades da UBS, seguindo a prevalência das doenças crônicas mais frequentes na comunidade. Também desenvolvemos um trabalho ótimo com aqueles idosos acamados ou com

problemas de locomoção que foram identificados na área. Hoje temos 36 usuários acamados ou com problema de locomoção que recebem visitas com periodicidade semanal para os acamados ou com doença crônica descompensada, e com periodicidade quinzenal para os demais, baseado na doença e nos riscos que apresentam. Se avaliou 100% dos idosos que apresentam uma pressão sustentada maior de 135/80 mmHg ou com diagnóstico diabetes, e foram visitados uma vez no mês, totalizando 364.

Foi possível manter uma consulta para os idosos da área todas as quinta-feira de tarde, com o principal objetivo de fazer o seguimento de alguma doença que for detectada e que precise de atendimento de maior complexidade.

Para que possamos continuar realizando nossas ações precisamos maior ajuda da secretaria de saúde e da prefeitura já que neste momento estão faltando recurso material, como cadeira de rodas, oxigênio suplementar, material estéril para curativos, assim como sonda de Levine, sonda vesical entre outras, necessidades estas que já foram discutidas mais de uma vez com os interessados, mas ainda sem solução.

Assim, podemos dizer que 100% dos idosos atendidos durante esta etapa da nossa intervenção receberam atividades de promoção de saúde em alguma das modalidades anteriormente ditas.

Ainda temos muita coisa para fazer e uma atividade muito importante que até hoje não conseguiu concretizar é o atendimento odontológico e o fornecimento da caderneta dos idosos para todos eles, situação que apesar dos nossos diálogos com o gestor municipal, não obtivemos resultados, mas continuamos insistindo em achar uma solução a estas dificuldades.

Temos como principal objetivo continuar desenvolvendo todas nossas atividades, elevando a cobertura do programa para atingiras metas propostas nos demais indicadores, em especial a cobertura do atendimento odontológico e a distribuição da caderneta de saúde do idoso que nas próximas semanas serão fornecidas pela secretaria de saúde. Também manteremos a busca ativa de idosos acamados ao com problemas de locomoção, tarefa priorizada no trabalho, assim como a busca ativa dos idosos faltosos as consultas. No futuro próximo desenvolveremos intervenções de saúde para o resto dos grupos populacionais como os adolescentes e as crianças.

Com esta intervenção conseguimos desenvolver todos os princípios do SUS, oferecendo um atendimento de qualidade, integral e humanizado. Acreditamos que estes atendimentos possam se levar a toda à população da UBS, elevando a qualidade de vida dos mesmos.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezados usuários da UBS Igarapé da Fortaleza

Gostaríamos de apresentar para todos vocês o resultado final do trabalho que temos desenvolvido com os idosos da comunidade, nas últimas 12 semanas de trabalho na UBS Igarapé da Fortaleza, vamos destacar os pontos positivos e as deficiências que poderiam ser resolvidas pelos gestores e com a sua ajuda, com o objetivo principal de atingir as metas propostas e oferecer um atendimento de qualidade aos nossos usuários.

Dentro das atividades previstas a serem desenvolvidas nestas semanas e que foram feitas com sucesso, temos que dizer que foi possível oferecer atendimento de qualidade aos 100% dos idosos residentes da área, pois todas as equipes da UBS colaboraram para que este objetivo fosse possível. O acolhimento e o cadastramento dos idosos também foi uma tarefa que se desenvolveu de forma ótima. Conseguimos definir as atividades a serem desenvolvidas por cada profissional, obtendo o envolvimento ótimo de todos. Através disto, foi possível fazer a Avaliação integral da população idosa atendida, o que permitiu detectar e tratar oportunamente os problemas de saúde dentro dos idosos atendidos. Também foi possível garantir a requisição de exames para todos os idosos da área, além da prescrição de terapia medicamentosa pela farmácia popular para a maioria dos usuários que precisam destes remédios.

Além disto, realizamos um trabalho ótimo com aqueles idosos acamados ou com problemas de locomoção que foram identificados na área. Os mesmos estão recebendo visitas com periodicidade semanal ou quinzenal, dependendo da gravidade. Estamos avaliando todos os idosos que apresentam uma pressão sustentada maior de 135/80 mmHg ou com diagnóstico diabetes. Também estamos realizando a busca ativa para os idosos faltosos a consulta.

Manteve-se uma consulta para os idosos da área toda quinta-feira de tarde com o principal objetivo de fazer o seguimento de alguma doença que fosse detectada e precise de atendimento de maior complexidade.

Conseguimos também melhorar consideravelmente a qualidade dos registros que viraram o melhor instrumento de avaliação e coleta de dados, permitindo monitorar todas as ações de saúde desenvolvidas.

Todos os usuários receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis, orientação sobre prática regular de atividade física e orientação sobre higiene bucal se conseguiu ótimos resultados, pois realizamos em todas as atividades ofertadas, palestras, aulas, conversas individuais para os usuários identificados como risco e atividades massivas de orientação, oferecendo atendimento diferenciado para aqueles usuários acamados baseados em sua patologia de base durante as visitas domiciliares.

Ainda temos muita coisa para fazer e uma atividade muito importante que até hoje não conseguiu concretizar é o atendimento odontológico e o fornecimento da caderneta dos idosos para todos eles, situação que após diálogos com o gestor municipal, foi nos garantido que a distribuição da caderneta de saúde do idoso será distribuída nas próximas semanas.

Temos como principal objetivo continuar desenvolvendo todas nossas atividades, já que todas estas se tornaram rotinas de trabalho entre os profissionais de saúde. Trabalharemos por manter a cobertura do programa e tentaremos atingir o resto das metas propostas, em especial a cobertura do atendimento odontológico. Também manteremos a busca ativa de idosos acamados ao com problemas de locomoção, tarefa priorizada no trabalho, assim como a busca ativa dos idosos faltosos as consultas. No futuro próximo desenvolveremos intervenções de saúde para o resto dos grupos populacionais como os adolescentes e as crianças.

Agradecemos a participação ativa da comunidade em geral, que foram os principais atores deste processo, pedimos desculpas também pelas mudanças tão repentinas por o acaso promoveram algum prejuízo, Além disto, agradecemos as diferentes lideranças da comunidade, pois suas opiniões sempre serão levadas em conta, já que sem seu apoio não seria possível desenvolver nenhuma atividade, obrigada.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Depois de concluído a nossa intervenção posso dizer que a Atenção Primária a Saúde aqui no Brasil é sem dúvida a “porta” de entrada do sistema de saúde, e tem como características a utilização equitativa dos recursos em saúde, o atendimento integral e o fácil acesso à população. A estratégia de Saúde da Família é implantada para reorientar a atenção primária à saúde sob os princípios do Sistema Único de Saúde. Minhas expectativas com o curso, na sua maior parte foram superadas, pois pude escolher o foco de intervenção que permitiu trabalhar a vontade, que coincidiu com a população que acreditávamos ser a carente de atendimento. Além disso, conseguimos atingir nossas principais metas contribuindo com o aumento da efetividade da ESF, aumentando assim o conhecimento em atenção primária à saúde, principalmente no enfoque da estratégia de saúde do idoso. Tudo isto foi desenvolvido de forma prática, com objetivos claramente definidos e através do aprendizado a partir do trabalho sobre a realidade do serviço em que desenvolvemos nosso trabalho, reconhecendo qual é a realidade da população idosa atendida pelas as equipes da UBS.

Também acredito que a alternativa do Ministério da Saúde de investir na formação das equipes, em larga escala, através dos cursos de Especialização em Saúde da Família vinculados é um grande desafio, pois propicia o acesso a uma universidade aberta, centrada no profissional-estudante, que entende que cada profissional-estudante tem o seu tempo de aprendizagem e que, portanto, os processos de educação permanente precisam se adaptar a essa realidade. Além disto, reconhece que o saber é construído e reconstruído cotidianamente por todas as pessoas envolvidas no processo educacional e por isso, valoriza o serviço, a experiência e os conhecimentos prévios de cada aprendiz.

Foi possível para todos os estudantes participar de todas as atividades do ambiente virtual, elaborando as tarefas, interagindo com colegas no Ambiente Virtual de aprendizagem sem precisar de horários determinados para realizar nossas atividades, portanto, permitindo administrar nosso horário da maneira que fosse mais conveniente. Ao finalizar, atingimos resultados concretos que constituem uma proposta de trabalho que permanecerá na UBS e oferecerá continuidade da ação programática implantada, através de uma postura de trabalho baseado em evidências, em registros, em protocolos que estimulam a todo profissional a implantar novas ações para a saúde da família.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 56 p.: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/miolo_CAP_28.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n° 32). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/caderno_atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. Brasília, 2010. 44 p.: il. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12). Disponível em: <<http://observasaude.fundap.sp.gov.br/pacto/Acervo/Cadernos%20do%20Pacto%20pela%20Sa%C3%BAde/volume12.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2.ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 124 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13). Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cab13.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p. il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19). Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad19.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_36.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 52 p.: il. color (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_estrutura_ubs.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.ht>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 272 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 33). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf>.

PAPALÉO NETTO, Matheus. Gerontologia: a Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada. São Paulo: Atheneu, 1996.

Portal da Cidadania, Governo do Amapá, descrição do município Santana Disponível em: http://www.amapa.gov.br/pagina.asp?id_pagina=539 Acessado em 18 março de 2015.

SAYEG, Mário Antônio; MESQUITA, Regina Ângela Viana; COSTA, Neidil Espínola. **Políticas públicas para o envelhecimento**. In: FREITAS, Elizabete Viana et al. (orgs.). Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2. ed. Rio de Janeiro, 2006.

Siqueira, Fernando Carlos Vinhole ET al. **Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física**: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 14(1): 39-44, 2009.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo D- fotografias das ações desenvolvidas



Fotografia 1: Visita domiciliar paciente idoso com doenças crônicas.



Fotografia 2 :Reunião da equipe de saúde



Fotografia 3: Ação de saúde com pacientes idosos.



Fotografia 4: Visita domiciliar a paciente idoso com problemas de locomoção.



Fotografia 6: Ação de saúde na comunidade.



Fotografia 7: Visita domiciliar a paciente idoso débil visual.



Fotografia 8: Café da manhã após coleta de sangue para exames.

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

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Assinatura do declarante