

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



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria na Atenção à Saúde dos idosos, na USF Recanto dos Buritis
II, Rio Branco/AC**

Renata Maria Marques Pinto

Pelotas, 2015

Renata Maria Marques Pinto

Melhoria na atenção à saúde dos idosos, na USF Recanto dos Buritis II, Rio Branco/AC

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: Elenir Terezinha Rizzetti Anversa

Pelotas ,2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

P659m Pinto, Renata Maria Marques

Melhoria na Atenção à Saúde dos Idosos, na USF Recanto dos Buritis II, Rio Branco/AC / Renata Maria Marques Pinto; Elenir Terezinha Rizzetti Anversa, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

95 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. Anversa, Elenir Terezinha Rizzetti, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Primeiramente a DEUS, sem ele nada na minha vida tivesse sentido.

À minha filha Agatha, quem inspira meus dias.

Aos meus amigos e à equipe com que trabalho, pela força em cada momento.

Agradecimentos

À Equipe de Saúde da Família da UBS Recanto dos Buritis II, sem eles não haveriam resultados.

Aos meus usuários, meus “velhinhos” queridos, os quais considero como a minha família.

Sem o apoio de todos vocês essa conquista não teria sido possível.

Resumo

PINTO, Renata Marques. **Melhoria na atenção à saúde dos idosos, na USF Recanto dos Buritis II, Rio Branco/AC.** 94f. 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 longevidade de vida é uma realidade no país, sendo necessário o cuidado qualificado das pessoas idosas na busca de sua autonomia. O envelhecimento, antes considerado um fenômeno, hoje, faz parte da realidade da maioria das sociedades. O objetivo desta intervenção foi idealizado para a melhoria na atenção à saúde dos idosos, na USF Recanto dos Buritis II em Rio Branco/AC. Para a definição do foco foi realizada previamente a análise situacional do território onde existem cadastrados 2800 usuários, dentre eles há 201 com 60 anos ou mais. A metodologia utilizada contemplou quatro eixos pedagógica: monitoramento e avaliação, engajamento público, organização e gestão do serviço e qualificação da prática clínica cada eixo com ações específicas. O período da intervenção foi de 12 semanas. As ações propostas permitiram ampliar a cobertura do programa de saúde do idoso de 197(67%) antes da intervenção para 201 (100%). A qualidade do cuidado também foi possível ter impacto positivo. A intervenção também proporcionou conhecer todos os idosos do território, o fortalecimento do trabalho em equipe, os aumentos do vínculo com a comunidade e ações realizadas com a metodologia utilizada demonstraram é possível contribuir para o processo de melhoria de qualidade de vida da população idosa, de inclusão na rotina de trabalho da unidade de saúde com enfoque principal na prevenção de doenças, controle de agravos, através do fortalecimento da mudança de comportamento da população idosa.

Descritores: Saúde da Família; atenção primária à saúde; saúde do idoso; assistência domiciliar; saúde bucal.

Lista de Figuras

Figura 1	Figura 1: Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional rápida em dias	60
Figura 2	Figura 2: Proporção de idosos com Exame Clínico Adequado em dias	61
Figura 3	Figura 3: Proporção de idosos com Hipertensos e/ou Diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.	62
Figura 4	Figura 4: Proporção de idosos com Prescrição de Medicamentos da Farmácia Popular Priorizada	63
Figura 5	Figura 5: Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta	65
Figura 6	Figura 6- Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	66
Figura 7	Figura 7- Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática	67
Figura 8	Figura 8: Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa	68
Figura 9	Figura 9: Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia	69
Figura 10	Figura 10: Proporção de idosos com caderneta de saúde da pessoa idosa	70
Figura 11	Figura 11: Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia	71
Figura 12	Figura 12- Proporção de idosos com avaliação para fragilização da velhice em dia	72
Figura 13	Figura 13 - Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia	73
Figura 14	Figura 14 -Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis	74
Figura 15	Figura 15- Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular	75
Figura 16	Figura 16: Proporção de idosos com orientação individual de	76

cuidados de saúde bucal em dia

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS -	Agente comunitário de Saúde.
APS -	Atenção Primária de Saúde.
CI -	Cardiopatia Isquêmica
CM -	Câncer de Mama.
CS -	Centro de Saúde.
DM -	Diabetes Mellitus
ESB -	Equipe de Saúde Bucal.
ESF -	Estratégia da Saúde da Família.
HAS -	Hipertensão Arterial Sistêmica.
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e acompanhamento de Portadores de Hipertensão e Diabetes Mellitus.
MS -	Ministério da Saúde.
PACS -	Programa de Agentes Comunitários de Saúde.
PCCU -	Preventivo de Câncer de Colo de Útero.
PS -	Pronto Socorro.
RE -	Registro Específico.
SEMSA -	Secretaria Municipal de Saúde.
SUS -	Sistema Único de Saúde.
UBS -	Unidade Básica de Saúde.
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UPA -	Unidade de Pronto Atendimento.
URAPS -	Unidade de Referência da Atenção Primária de Saúde.

Sumário

Apresentação	9
1 Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	18
2 Análise Estratégica	19
2.1 Justificativa.....	19
2.2 Objetivos e metas.....	22
2.2.1 Objetivo geral.....	232
2.2.2 Objetivos específicos e metas	232
2.3 Metodologia.....	254
2.3.1 Detalhamento das ações	255
2.3.2 Indicadores	46
2.3.3 Logística.....	49
2.3.4 Cronograma.....	542
3 Relatório da Intervenção.....	564
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	564
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	585
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	585
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	586
4 Avaliação da intervenção.....	597
4.1 Resultados	597
4.2 Discussão.....	786
5 Relatório da intervenção para gestores	780
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	831
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	864
Referências	885
Anexos	87

Apresentação

Esse volume trata da descrição de uma intervenção realizada na Unidade Básica de Saúde (UBS), Recanto dos Buritis II, Rio Branco-AC e que teve como objetivo a melhoria da atenção à saúde das idosas pessoas. Este trabalho de conclusão de curso é um dos requisitos para obtenção do título de especialista em saúde da família pela Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS) / Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), modalidade à distância.

Estão organizados em sete capítulos os quais constituem:

Capítulo 1- Análise situacional, que descreve qual era a situação desta UBS antes da intervenção.

Capítulo 2- Análise Estratégica, que descreve a justificativa da escolha e a metodologia de intervenção, com seus passos, objetivos, metas e delineamentos que venham a impactar na saúde dos idosos da área durante todo o desenvolvimento do projeto.

Capítulo 3 - Relatório da Intervenção, no qual é avaliada a intervenção percorrida ao longo das 12 semanas, ou seja, descrição das ações propostas realizadas e não realizadas e as facilidades e dificuldades encontradas durante o período da intervenção.

Capítulo 4- Avaliação da Intervenção, na qual os resultados obtidos estão devidamente elaborados e analisados. Neste capítulo também contém a discussão na qual é exposto o significado dos resultados alcançados para a comunidade, para o serviço e para os profissionais envolvidos. E os relatórios elaborados para gestor e para comunidade,

Capítulo 5- Uma análise sobre os aprendizados e significados por meio dessa especialização.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Sou Médica, formada em Cuba no ano de 2006, agora estou prestando serviço na Unidade Básica de Saúde do Recanto dos Buritis II, localizada na cidade de Rio Branco, estado Acre.

Nesta UBS temos um espaço muito amplo, esta está constituída por três consultórios médicos, dois consultórios odontológicos, dois consultórios de enfermagem, uma sala de curativos, uma sala de vacinação, uma sala da administração, um almoxarifado, uma sala de esterilização de materiais, uma sala de espera, uma sala de recepção e de acolhimento ao público onde é feita a triagem, uma farmácia, um banheiro para os usuários, uma copa e um banheiro para funcionários.

Estamos situados em uma área de grande abrangência da população, tendo uma grande área descoberta, pois são pessoas que saem da zona rural e vem para a capital tentar viver melhor. Estamos interligados com nossa população através do presidente de bairro, que vem até nós para falar sobre assuntos e problemas da nossa comunidade para que juntos possamos buscar uma solução.

A equipe está composta por: nove Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que fazem uma parte bem importante do nosso trabalho, pois agem diretamente junto a comunidade e trazem até nós o problema situacional de cada área, tornando o planejamento de ações ideias facilitado. Assim tomamos conhecimento direto dos acamados, doenças crônicas, deficiência física ou mental, problemas sócio econômicos de cada família. Podemos contar com esse apoio de extrema importância, o que chamo de trabalho de ponta, pois somente através desses agentes sabemos a realidade de nossa população caso a caso. Obviamente que temos também a comunidade que nos faz saber de casos que muitas vezes a equipe de saúde não tenha tomado conhecimento, assim conjuntamente com toda equipe, comunidade, escolas e igrejas empenhados para facilitar e ter conhecimento de situações que fogem ao nosso saber.

Juntos planejamos ações para nossos grupos de idosos, gestantes, hipertensos, diabéticos, saúde da criança, a importância da higiene pessoal, saúde mental, encaminhamentos, inter-consultas e acompanhamento de casos com assistência social quando necessário.

O trabalho desenvolvido por uma equipe deste porte gera uma grande responsabilidade perante a saúde dessa população ativamente assistida, tornando-se uma tarefa não muito fácil, pois estamos nos referindo a aproximadamente 4 a 5 mil pessoas, fora as pessoas de nossa abrangência o qual são atendidos e acolhidos da mesma forma que os de nosso território.

É um trabalho bastante árduo que compromete muito a boa vontade, disponibilidade, afetividade, amorosidade e humildade desses profissionais que nos ajudam a traçar as metas dando ideias, orientando a comunidade e fazendo com que haja essa interação, pois esses mesmos são agendados para que possamos buscar soluções para o que pode ser ou se tornar um problema no futuro. Somos uma equipe unida, em busca da saúde para todos seja na Unidade Básica de Saúde (UBS) ou dentro da nossa comunidade, dentro das casas, em qualquer lugar, sejam quais forem as circunstâncias, esse é nosso trabalho, nosso dever, levar a saúde onde for preciso, onde se necessitar.

1.2 Relatório da Análise Situacional

A Unidade em que atuo fica localizada no município de Rio Branco, capital do estado do Acre, distante 3 123 quilômetros de Brasília, capital Federal. Localiza-se às margens do Rio Acre, no Vale do Acre e na microrregião homônima.

Este município configura-se como a capital do Estado e estimativas da população residente com data de referência 1º de julho de 2014 publicadas no Diário Oficial da União em 28/08/2014 o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), a cidade possuía uma população de 363.928 habitantes. Sua área territorial é de 9. 222,58 km², sendo o quinto município do estado em tamanho territorial. De toda essa área, 44,90 km² estão em perímetro urbano, o que classifica Rio Branco como a 66ª posição em extensão do país.

No município encontra-se a Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) que computa um total de 88 instituições onde são oferecidos serviços de saúde à população de Rio Branco e outras que moram na região metropolitana. A SEMSA dispõe de cinquenta e três Unidades Básicas de Saúde (UBS) com Equipe de Saúde da Família (ESF), mais 13 UBS tradicionais; tem disponíveis dois Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e conta com um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). A população do município tem acesso à atenção especializada no Centro “Doutora Cláudia Vitorino”. Existem ainda quatro serviços

de atendimento hospitalar: Hospital de Saúde Mental do Acre (HOSMAC), Hospital Geral de Clínicas de Rio Branco, Hospital Infantil Yolanda Lima e Silva e Hospital Santa Juliana. A realização de exames complementares está disponível o serviço pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Centro de Apoio Diagnóstico (CAD), num CAD Imagem no 2º distrito e também através do Laboratório Central LACEN.

A Unidade Básica de Saúde “Recanto dos Buritis II” é urbana, vinculada exclusivamente ao SUS (Sistema Único de Saúde), que trabalha com uma equipe de saúde da família composta por 14 profissionais de saúde destinados às seguintes funções: nove ACS; um Cirurgião Dentista; um Auxiliar em Saúde Bucal; um Técnico de Enfermagem; um Enfermeiro e um Médico.

A UBS tem uma construção reformada, que na sua estrutura possui farmácia, sala de vacinação, consultório odontológico, sala de curativo, sala de esterilização, salas da reunião e arquivo, almoxarifado, copa, banheiros para funcionários e para usuários, sala de recepção e espera. Possui ainda, os consultórios do médico, da enfermeira e Preventivo do câncer de colo de útero (PCCU). Nem tudo é excelente, pois embora tenhamos disponível uma estrutura física boa e “bonita”, não podemos deixar de dizer que alguns instrumentos médicos necessários dentro das salas de consulta não são suficientes, a exemplo da balança para adultos e para crianças, do aparelho para medir pressão, de otoscópio, dentre outros. Para que isso não interfira nas consultas e no desenvolvimento das atividades diárias de saúde, aplicamos como estratégia que na triagem, um enfermeiro supervise e avalie a realização de aferição de PA e glicemia capilar, assim como as medições antropométricas dos usuários e das crianças que vão à consulta conosco, o peso de cada um deles. As reformas feitas na unidade permitem o acesso a toda população, pois nele foi respeitado até as necessidades dos portadores de algum tipo de deficiência. As informações são oferecidas aos usuários desde sua chegada à unidade em busca de atendimento e dos serviços que são disponibilizados, fazendo o acolhimento de todos, o que possibilita um atendimento mais completo.

Temos como estratégia desenvolver a disponibilização de informações relacionadas nos prontuários quando requeridas pelos usuários para levar a outros níveis de atendimento e outros especialistas, confecção de Cartão do SUS na hora e aumentar o número de atendimentos domiciliares aos acamados e deficientes

fundamentalmente. Capacitam-se aos ACS para o desenvolvimento de palestras nas comunidades.

Dentre as atribuições da ESF, além dos serviços médicos, de enfermagem e outros, estão a realização de encaminhamentos de forma detalhada sempre descrevendo cada aspecto que o profissional achar significativo e possa ajudar no diagnóstico do especialista. A fim de amenizar a questão da demora na realização de exames, que inevitavelmente acontece, nós tentamos, baseado em nossos conhecimentos e experiências profissionais, propor um plano terapêutico a fim de que ele não fique tanto tempo sem tratamento enquanto aguarda resultados de exames. Baseados em dados clínicos, realizamos diagnósticos e deixamos o resultado do laboratório para ratificar ou alterar a conduta terapêutica, quando necessário.

Válido salientar que fazemos planejamento em nossas micro áreas, visando assim fazer acompanhamento sistemático e regular nos grupos prioritários como no caso das grávidas, das crianças, hipertensos e/ou diabéticos e da saúde do idoso. Conversamos com o Presidente de bairro sobre os principais problemas de nossa área de abrangência, e tentamos resolve-los da melhor maneira possível com ações que muitas vezes são patrocinadas por nós mesmos da unidade para que chame a atenção do público para que nos deem a atenção devida.

Nossa ESF tem desenhada uma estratégia para tentar diminuir as quantidades de encaminhamentos e está na identificação precoce, acompanhamento, pesquisa daqueles usuários portadores de doenças crônicas que podem evoluir com complicações que são da competência de especialidades hospitalares. Daí a importância quanto à intensificação das ações de vigilância junto à comunidade, sobretudo para os usuários com doenças crônicas diagnosticadas e atendidas pela ESF. Dessa forma, contribuimos na diminuição da quantidade de casos encaminhados. Dessa forma, cumprimos com uma das mais importantes atribuições da atenção básica, no sentido da sua resolutividade diante dos principais problemas de saúde que acometem a população.

Nossa área de abrangência corresponde no momento a 2.800 pessoas distribuídas nas aproximadamente 735 famílias.

Faixa etária	População
< de 01 ano	56

< de 05 anos	112
05-14 anos	649
15-59 anos	1.782
> 65 anos	201
Total	2.800

A população cadastrada distribui-se da seguinte maneira: menores de um ano 56; menores de cinco anos 112; entre cinco e quatorze anos 649; entre 15 e 59 anos temos cadastrados 1.782 e os maiores de 60 anos temos 201 usuários.

Fazendo uma análise entre a quantidade de pessoas cadastradas e a equipe é possível sim fazer um bom trabalho, isso em consideração de que todos os ACS tem controle sobre as famílias da sua micro área, o que permite saber quais em cada grupo de idade e quais os que sofrem de alguma doenças, assim como também no grupo de grávidas e crianças. Sempre buscamos estratégias que oportunizem a atenção à demanda espontânea, que nem sempre ultrapassa a disponibilidade de atendimento, pois geralmente acontece no horário da manhã e são poucos os casos, já que quando se faz uma análise da rede de atenção disponível, temos certa proximidade com o Centro de Saúde, dois URAPS (Unidade de Referência à Atenção Primária de Saúde, concebida aqui no estado), mais duas UPA's (Unidade de Pronto Atendimento) e o PS (Pronto Socorro).

Isto junto à percepção que a população tem que contribui para que não exista nenhum excesso de demanda espontânea no nosso serviço. Além disso, existe uma estratégia para atender possíveis excessos, baseada num sistema de acolhimento com classificação de risco.

Garantir um ótimo desenvolvimento da criança é uma das prioridades da saúde no país, sendo assim que a equipe que faz o acompanhamento é treinada especialmente para fornecer um atendimento integral, sendo capazes de identificar problemas oportunamente e atuar precocemente e de forma efetiva. A nossa área de abrangência possui 195 crianças entre zero e 72 meses, com uma cobertura de 77%. As Nossas consultas às crianças são baseadas nos protocolos disponibilizados pelo MS para este público-alvo, que permitem sua utilização para avaliar crescimento e desenvolvimento. São realizadas ainda ações de educação em saúde junto aos pais e outros familiares que desejem. As ações feitas

respondem ao cronograma que de forma programática é desenvolvido e monitorado, apoiados pelos ACS que frequentemente realizam visitas nos domicílios de cada família, fazendo uma pesquisa das condições, intervenções e ações que as famílias realizam a fim de garantir a saúde da criança. Importante citar aqui que é ofertado o serviço de vacinação, de acordo com o que é estabelecido no Brasil, em correspondência com a faixa etária.

Nosso desafio para a saúde da criança é que após a realização de todas as atividades fornecidas e ações realizadas, os pais e familiares saibam o que fazer, como sua criança vai se desenvolver, como identificar precocemente alterações seja na saúde ou no seu comportamento e assim garantir desenvolvimento e crescimento saudáveis. As atividades desenvolvidas têm boa adesão da população da comunidade, sendo reconhecidas pela qualidade que apresentam e parabenizadas pela SEMSA, sendo possível manter um serviço de qualidade, no âmbito da Saúde da Família.

Em relação ao Pré-Natal, temos um total de 16 gestantes cadastradas em nossa área, com uma cobertura atual de 81%. São utilizados os protocolos para este grupo populacional e as ações são periódicas e sistemáticas. As ações mais importantes são o acompanhamento sistemático mensal avaliando o desenvolvimento da sua gravidez, o acompanhamento das grávidas com doenças crônicas que avaliamos com o obstetra do NASF, o calendário vacinal e a saúde bucal, assim como a sua nutrição, tudo isso têm contribuído para que as grávidas sejam incorporadas às atividades planejadas pela ESF. Estas especialmente para elas, onde recebem orientações em palestras, fazem atividades próprias da sua condição, o que contribui para o empoderamento delas e de suas famílias, com uma preparação adequada para a futura chegada de um membro que necessita amor, dedicação e muito carinho.

Com relação especificamente ao puerpério, temos 10 puérperas em nossa área, com uma cobertura de 76%. Essa iniciativa tem recebido o reconhecimento da SEMSA e foi muito bem aceita pela comunidade que parabenizou à equipe pela qualidade neste trabalho. Importante ressaltar que existem registros específicos de ações programáticas que complementam os protocolos de atuação e servem para avaliar o todo. Não se pode deixar de mencionar a participação do dentista e do ginecologista, este último como convidado às sessões, o contribui na qualidade das atividades e complementa sua realização.

Falando em relação ao Câncer de Colo Uterino, acredito que o caderno de ação programáticas nos dão um norteador com relação a situação da área de abrangência. As coberturas para essas áreas programáticas em nossa área de abrangência são de 81 e 83% respectivamente, se considerarmos o grupo de mulheres compreendido na faixa para pesquisar o câncer de colo de útero (1383) e de mama (150). Embora os homens também possam padecer de câncer de mama, é mais infrequente, o que não quer dizer que possam ser esquecidas as atividades direcionadas para eles também. Na UBS Recanto dos Buritis II, baseados nos protocolos estabelecidos e de forma regular e programática, são desenvolvidas ações na prevenção e diagnóstico precoce dessas doenças que tanto afetam as mulheres.

Disponibilizamos para a população o serviço de Preventivo de câncer de colo de útero (PCCU), que é feito duas manhãs e uma tarde por semana pela enfermeira bem treinada que temos. Para estes existe um registro específico onde são analisados os dados estatísticos das consultas e ações desenvolvidas. São feitas ações de promoção pela ESF para dar conhecimento às usuários sobre quais são os fatores de risco, como fazer o autoexame de mama e quais são os achados que podem ser suspeitosos devendo procurar pelo atendimento especializado o mais rápido possível. Em relação às ações desenvolvidas na prevenção do câncer de mama (CM) é aplicado o protocolo estabelecido e utilizado o manual de procedimentos que existe para esta doença. Temos realizado palestras onde explicamos da importância que tem o autoexame de mama como indicador precoce da aparição de algum tipo de lesão ou caroço nas mamas.

As atividades têm recebido a aprovação dos usuários do SUS e o trabalho feito pela enfermagem e os médicos são importantíssimos, já que, em tese, são os profissionais mais preparados nesse tema. Ainda temos de intensificar tais atividades como aquelas de promoção, as palestras e as oficinas, incluindo ações quando sejam feitas as visitas domiciliares, se for possível nestas últimas realizar o exame de mama por profissionais na sua própria casa, aproveitar cada espaço pois o câncer não é somente um problema de quem adoece, sendo uma condição que afeta toda a família, com consequências para a comunidade e a sociedade como um todo.

Após tantas reflexões expostas anteriormente sobre inúmeros temas de extrema importância e que são diretamente de nossa vivência diária não podia

deixar de falar sobre nossa população que faz parte do programa Hiperdia, que são os Hipertensos e Diabéticos. Proporcionalmente, 46% de hipertensos e 94% de diabéticos são acompanhados pelas ações desenvolvidas pela Unidade, considerando que temos cadastrados na UBS 227 hipertensos e 132 diabéticos. As ações não somente procuram monitorar os parâmetros em cada, aliás, que aproveitam-se para fornecer conselhos para mudar seus estilos e modos de vida. Na consulta oferecida pelo clínico geral, é feita uma avaliação baseada nos informes feitos no atendimento anterior, buscando um acompanhamento adequado e atenção integral do usuário. Importante dizer que as normativas e protocolos usados são os que disponibilizam a SEMSA para este tipo de atendimento.

O usuário recebe o tratamento que é fornecido pela farmácia em correspondência às suas necessidades e eficácia da medicação. A avaliação nesse aspecto é positiva, pois se cumprem cada uma das pautas do protocolo de atendimento. As maiores dificuldades são o abandono e as mudanças que os usuários fazem às vezes sem a aprovação do médico, para isso nós adaptamos como estratégia que periodicamente e sem aviso seja supervisionado o usuário na sua casa pelo ACS e aí conhecer realmente a situação. Nosso maior desafio é diminuir a quantidade de usuários que evoluem para estas doenças, buscando-se atuar de forma preventiva, já que a intensificação nas ações de promoção, mutirões de ações médicas e de enfermagem, na vinculação à prática sistemática de exercícios físicos e uma dieta balanceada contribuem para evitar a aparição dessas doenças. Obviamente, que nosso maior papel está na prevenção.

Em relação à saúde dos idosos: A expectativa de vida da população a cada vez é maior, dessa forma, um dos objetivos mais importantes é garantir à população idosa atendimento de qualidade e oferecer ações em saúde que contribuam para melhorar a qualidade de vida deles. Os idosos, além das alterações fisiológicas próprias dessa fase da vida, terminam por ser acometidos muitas vezes por uma grande quantidade de doenças crônicas como Hipertensão Arterial (HA), Diabetes Mellitus (DM), Cardiopatia Isquêmica (CI) e outras mais. Nesta ação programática, temos 179 idosos sendo acompanhados pela unidade, com uma cobertura de 63%, considerando ainda que existem 201 idosos no território. Cabe responsabilidade à ESF intensificar as ações, atuar de forma preventiva e por essa razão temos feitas atividades de promoção direcionada à população idosa, dentre elas estão as palestras sobre os principais problemas da

idade e coisas normais que acontecem como evitar quedas e a importância de não consumir medicamentos sem indicação médica. Todas estas ações são embasadas em protocolos disponibilizados pela SEMSA e seu monitoramento é feito em atividades de consulta programática e em vistas domiciliares. Nessas atividades participam familiares deles porque o envelhecimento não é só responsabilidade de todos, da equipe de saúde e, igualmente, da família do idoso.

As ações de saúde são planejadas periodicamente e contam com a presença do médico, enfermeiro e ACS além dos professores de educação física que se juntam à equipe para trabalhar. O maior desafio que temos tem pela frente é melhorar ainda mais a qualidade nos atendimentos, melhorar os registros específicos dos idosos, confeccionar as cadernetas nos 100% deles, avaliá-los numa perspectiva multidisciplinar, sem perder ela nos serviços oferecidos até hoje, contando para isso com o capital humano altamente disposto e comprometido com a saúde da população.

A saúde da população é uma conquista que nos impulsiona a lutar pela manutenção dela, estando cada dia mais dispostos para enfrentar os desafios que apareçam no futuro. Somente assim, vamos possibilitar continuar com serviços de qualidade em correspondência aos objetivos de hoje e aos sonhos de amanhã.

O maior desafio que nós temos pela frente é garantir atendimento integral à população abrangida, baseados nos protocolos do ministério da saúde para cada uma das áreas específicas, com o propósito de atender aos grupos prioritários assim como ao resto dos usuários; sistematicamente e longitudinalmente. Aspiramos direcionar o nosso trabalho às ações programáticas fundamentais, com o propósito principal de melhorar os indicadores de saúde analisados no cadernos de ações programáticas o que se traduz como melhora na qualidade de vida e de saúde dos nossos usuários contando para isso com uma equipe comprometida com a realização de um ótimo trabalho.

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

Bom, estou tendo uma visão bem mais ampla sobre as significativas mudanças que ocorreram na Unidade Básica de Saúde onde trabalho, após minha entrada ao serviço, diminuíram as filas de espera, a comunicação com minha

equipe se tornou mais fluente e temos encontrado mais facilidade de compreensão entre a comunidade e nós, criando um vínculo mais sociável e abrangente.

Com as muitas reclamações sobre as necessidades de insumos, medicamentos e utensílios, fomos agraciados com a solução de muitos desses problemas no decorrer desses meses, não vou dizer que chegamos a perfeição que isso seria um exagero, mas temos o suficiente para atender nossa demanda e a demanda extra. Ainda temos problema com relação a formação de equipe, pois continuamos com a falta de profissionais, no entanto vejo e vivo uma realidade um pouco melhor de quando comecei até agora, sendo assim meu comparativo sendo considerado satisfatório.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

O envelhecimento, antes considerado um fenômeno, hoje, faz parte da realidade da maioria das sociedades. O mundo está envelhecendo. Tanto isso é verdade que se estima para o ano de 2050 que existam cerca de dois bilhões de pessoas de sessenta anos ou mais no mundo, a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento (BRASIL 2010).

No final da década de 90, a Organização Mundial de Saúde (OMS) passou a utilizar o conceito de “envelhecimento ativo” buscando incluir, além dos cuidados com a saúde, outros fatores que afetam o envelhecimento. Pode ser compreendido como o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas.

Nesse sentido, envolve políticas públicas que promovam modos de viver mais saudáveis e seguros em todas as etapas da vida, favorecendo a prática de atividades físicas no cotidiano e no lazer, a prevenção às situações de violência familiar e urbana, o acesso a alimentos saudáveis e à redução do consumo de tabaco, entre outros. Tais medidas contribuirão para o alcance de um envelhecimento que signifique também um ganho substancial em qualidade de vida e saúde (BRASIL 1994).

No ano 1991, a Organização das Nações Unidas (ONU) lançou uma Carta de Princípios para as Pessoas Idosas, que inclui a independência, participação, assistência, auto realização e dignidade das pessoas idosas. Ainda que esses instrumentos legais sejam construídos, divulgados e executados em diferentes

níveis temporais e de intensidade, uma nova concepção do processo de envelhecimento vem sendo incorporada socialmente (BRASIL 2006).

Neste momento no Brasil, estima-se que existam, atualmente, cerca de 17,6 milhões de idosos. O maior desafio na atenção à pessoa idosa é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, elas possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com máxima qualidade possível (BRASIL 2004).

No Brasil identificam-se marcos legais nacionais que favoreceram o percurso de amadurecimento sobre a questão do envelhecimento: a Constituição Federal de 1988 e a Política Nacional do Idoso, e estabelecida em 1994 (Lei 8.842) (BRASIL 1994). Nesse contexto, a saúde aparece como elemento central por exercer forte impacto sobre a qualidade de vida.

Os estigmas negativos, normalmente associados ao processo de envelhecimento, têm como um de seus pilares o declínio biológico, ocasionalmente acompanhado de doenças e dificuldades funcionais com o avançar da idade. As representações sociais construídas em torno da velhice estão fortemente associadas à doença e à dependência, aceitas como características normais e inevitáveis desta fase. (BRASIL 2008).

Motivados, inspirados ou até sensibilizados com a problemática, quando o Brasil têm 25,5 milhões de pessoas idosas (15,7% da população) e uma taxa de crescimento anual de 15,4%, torna-se indispensável desenvolver e aplicar políticas em saúde dirigidas a esse grupo populacional (BRASIL 2007).

A Unidade Básica de Saúde da Família Recanto dos Buritis II está vinculada exclusivamente ao SUS (Sistema Único de Saúde), adaptados ao modelo de Estrutura de Saúde da Família, com uma equipe de saúde da família composta por: nove Agentes Comunitários de Saúde; um Cirurgião Dentista; um Auxiliar em Saúde Bucal; um Técnico de Enfermagem; um Enfermeiro e um Médico.

Esta Unidade apresenta-se da seguinte maneira: uma sala grande de espera para retirada do prontuário médico e odontológico onde ficam todos os arquivos; um banheiro feminino e um banheiro masculino para o público; uma sala de espera com TV para realização de triagem; uma farmácia pequena anexada à sala de espera; uma sala de vacina; uma pequena sala de administração; uma sala de curativo; uma sala dos ACS (salão de reunião); dois consultórios médicos; dois

consultórios de enfermagem; um expurgo; uma sala de esterilização; um consultório odontológico grande com porte para duas equipes odontológicas; um almoxarifado ao lado uma copa pequena e na frente um banheiro masculino e um banheiro feminino para os funcionários.

A escolha do foco da intervenção estará desenhada para promover nos idosos uma participação maior e mais ativa dentro da comunidade, dentro de seus lares, explicando o quanto se pode ter uma boa qualidade de vida, ouvindo-os sempre que necessário, para que após concluirmos nossa intervenção possam ter uma velhice mais tranquila mais saudável e mais digna possível.

A área de abrangência da unidade corresponde no momento a 2.800 pessoas, aproximadamente 735 famílias. De acordo com os dados do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) a Unidade de Saúde da Família Recanto dos Buritis II conta com um total de 187 idosos. Vale ressaltar que esses dados são estimativos e que a unidade está passando por um recadastramento. No momento apresentamos uma cobertura de aproximadamente 67% (equivalente a 179 pessoas idosas já cadastradas) da população alvo, tendo uma boa adesão a Estratégia de Saúde da Família e do Idoso, mantendo a qualidade de nosso atendimento com aprimoramento, informação e curso de orientação para os cuidados corretos de uma pessoa idosa aos profissionais de saúde, comunidade, cuidadores e público em geral.

Para melhor definição sobre a situação dos idosos na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde estamos possibilitando com que as ações propostas no caderno de ações programáticas sejam realizadas em todos os idosos, e visando atingir um 90 % a mais deles, especialmente no correspondente ao exame físico e multidimensional, saúde bucal, idosos faltosos a consulta e a utilização da caderneta do idoso e a ficha espelho pela Unidade Básica de Saúde Recanto dos Buritis II.

A Ação Programática na Saúde do Idoso é de extrema importância assim como a saúde da criança, pois são os dois extremos da vida mais susceptíveis, temos que ter um olhar bem distinto para ambos, buscando sempre a melhora dos serviços ligados a essa área com olhos mais críticos, mas preocupados. Os idosos necessitam de toda atenção e carinho possíveis, dentre os cuidados, as doenças que se abatem as sequelas de doenças crônicas, as doenças degenerativas, temos

também a facilidade de quedas, rupturas de ossos, alimentação balanceada, exercício físico e até mesmo a sexualidade, tudo é de extrema importância.

Nós estamos diretamente em contato com a comunidade onde pleiteamos sempre e quando se é necessário e pedido pela população à realização de ações voltadas aos programas do Ministério de Saúde (MS). Semanalmente, fazemos encontros com idosos, assim como outras atividades dirigidas aos grupos priorizados e outros em geral.

O trabalho em conjunto abre as portas para o bom desenvolvimento das ações em geral e é a facilitadora da relação entre a comunidade e a equipe de Saúde da família, tornando-se um vínculo com muitos benefícios para ambas partes o que torna minha equipe um exemplo de esforço para que todos esses projetos deem certo.

Passamos por muitas dificuldades, até mesmo de transporte para chegarmos às visitas domiciliares ou até mesmo para que possa ser feito o envio de algum usuário idoso para atendimento em um nível secundário ou terciário dependendo de sua convalescência no momento necessário. Posso afirmar que os aspectos que viabilizam a intervenção são propriamente da vontade, disposição da equipe como tal, pois estão todos engajados para que essa intervenção seja feita para fins de natureza humanitária, para que possam conhecer realmente suas áreas de abrangência, a convalescência de sua população e uma maneira de poder ajuda-los sempre que necessário dentro ou até mesmo fora de sua possibilidade.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde das pessoas com 60 anos ou mais, que estão na área de abrangência da USF Recanto dos Buritis II, em Rio Branco/AC

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Ampliar a cobertura na atenção à saúde do idoso da área de abrangência da USF Recanto dos Buritis II em Rio Branco / Acre para 100%.

Melhorar a qualidade da atenção ao idoso da área de abrangência da USF Recanto dos Buritis II em Rio Branco / Acre.

Melhorar a adesão dos idosos pertencentes à área de abrangência da USF Recanto dos Buritis II em Rio Branco / Acre.

Melhorar registro das informações.

Mapear os idosos de risco da área de abrangência da USF Recanto dos Buritis II em Rio Branco / Acre.

Promover a saúde dos idosos da USF Recanto dos Buritis II em Rio Branco / Acre.

2.2.2.1. Metas

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

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

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

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

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

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de **16** semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) **Recanto dos Buritis II**, no município de **Rio Branco-AC**. Participarão da intervenção **201 pessoas com 60 anos e mais pertencentes ao total de 2 800** usuários existentes em nosso cadastro.

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

Monitoramento e avaliação.

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

Confeccionar um registro para o controle da cobertura dos idosos da área, que possibilite realizar acompanhamento daqueles que assistem regularmente mesmo como identificar aqueles faltosos à consulta e assim poder definir e recolher dados de todos sendo futuramente úteis.

Organização e Gestão do Serviço.

Acolher os idosos e cadastrar todos eles que pertencem à área de cobertura da unidade de saúde.

Direcionar o trabalho dos ACS no cadastro dos 100 % do total dos idosos da área que ainda ficam fora do nosso alcance, mesmo morando na zona de abrangência, para possibilitar assim um melhor atendimento.

Atualizar as informações do Sistema de Informação da Atenção Básica. (SIAB)

Realizar o correto preenchimento dos dados e informações estatísticas em relação ao grupo priorizado no qual estamos trabalhando para manter atualizado o sistema.

Engajamento público.

Esclarecer à comunidade sobre a importância de que os idosos realizem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde.

Explicar às famílias e aos próprios idosos da importância do seguimento médico e da ESF em conjunto para seu acompanhamento, baseados nos conhecimentos, as vantagens, as pesquisas e os manuais fornecidos pelo Ministério da Saúde que nos possibilitem oferecer qualidade no atendimento na unidade.

Oferecer aos idosos e suas famílias Educação e Promoção em saúde dos diferentes riscos que podem apresentar-se nas diferentes etapas da vida e fundamentalmente nas idades adultas, oferecendo ferramentas práticas que possibilitem a identificação daqueles que possam ser causa de acidentes.

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

Criação do grupo de idosos para realizar ações de promoção e prevenção de saúde, que seja incentivo para que eles procurem nosso serviço voluntariamente.

Qualificação da Prática Clínica.

Capacitar a equipe no acolhimento aos idosos.

Realizar a capacitação diante a discussão dos protocolos de saúde do idoso e lembrar à equipe as orientações que devem ser fornecidas neles e suas famílias, tendo presente as necessidades especiais de cada um deles.

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

Fazer planejamento dos temas a desenvolver na capacitação aos ACS para que consigam realizar o melhor possível a procura dos idosos que não estão sendo acompanhados ou que desconhecem ainda de quais os serviços que nós oferecemos.

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

Fazer planejamento dos temas a desenvolver pelo médico e enfermeira, dirigido a todos os integrantes da equipe.

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.

AÇÕES

Monitoramento e avaliação.

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

Fazer um controle periódico e frequente (semanal e mensal) na realização da AMR para assim ter uma certeza de como se está desenvolvendo aquela atividade.

Organização e Gestão do Serviço.

Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropômetro, Tabela de Snellen...).

Colocar a disposição recursos necessários para realizar a AMR nos idosos.

Treinar pessoal específico para realizar esta tarefa.

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

Estabelecer as responsabilidades de cada membro da ESF para desenvolver as ações explicadas anteriormente.

Engajamento público

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

Aproveitar espaços de reuniões nas comunidades para realizar palestras sobre a importância da realização destas atividades, levando em consideração que a população idosa requer atendimento diferenciado e especial.

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

Fazer um trabalho de conscientização aos usuários sobre como devem acontecer às mudanças na sua vida em diante, os riscos à saúde e problemas mais frequentes, assim como o que esperar em cada consulta.

Qualificação da prática clínica.

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

Desenvolver uma escala de capacitação no pessoal que se involucra no atendimento aos idosos apoiados nos protocolos disponibilizados pelo MS para atendimento nesta população.

Treinar a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida.

Aplicar uma estratégia de preparação no pessoal da ESF para realização de Avaliação Multidimensional Rápida (AMR)

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

Aplicar uma estratégia de preparação no pessoal da ESF para o manejo adequado, encaminhamento e atendimento em correspondência às necessidades individuais.

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.

AÇÕES

Monitoramento e avaliação

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

Fazer um controle periódico e frequente (semanal e mensal) na realização de exame clínico apropriado para assim ter uma certeza de como se está desenvolvendo aquela atividade.

Organização e Gestão do serviço.

Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos assim como garantir busca a idosos que não realizaram exame clínico apropriado.

Criar uma planificação das atividades dos membros da ESF que possibilite estabelecer as atribuições de cada um na realização dos exames clínicos nos idosos que tenham hipertensão ou diabetes mellitus assim como controlar a sua regularidade nos exames clínicos apropriados.

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

Estabelecer a criação de uma agenda especial que preencha os dados dos idosos com Hipertensão Arterial / Diabetes Mellitus que sejam provenientes das visitas domiciliares.

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

Priorizar receber referência e contra referência prioritária em aqueles necessitem.

Engajamento público

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

Planejar atividades de orientação, promoção e prevenção de saúde dirigida às comunidades, aos familiares e aos idosos em relação aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas e suas complicações assim como outros sinais que afetem os membros (pés, mãos) decorrentes de transtornos circulatórios.

Qualificação da prática clínica.

Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Desenvolver uma escala de capacitação no pessoal que se involucra no atendimento aos idosos apoiados nos protocolos disponibilizados pelo MS para atendimento nesta população.

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

Aplicar uma estratégia de preparação no pessoal da ESF para o manejo adequado, encaminhamento e atendimento em correspondência às necessidades individuais e os procedimentos clínicos.

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

AÇÕES**Monitoramento e avaliação**

Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde, checar regularmente o número de idosos portadores de HAS e DM que realizam regularmente e como preconizados seus exames de rotina.

Fazer controle periódico e frequente (atividades de consulta e visitas domiciliares) sobre a realização de exames apropriados para assim ter uma certeza como se está desenvolvendo atividade.

Apoiar no trabalho dos ACS para checagem nas suas visitas da realização dos exames, apurar a sua realização visando às causas que tem dificultado a sua execução.

Organização e Gestão do serviço

Garantir a solicitação dos exames complementares.

Desenvolver um planejamento dos recursos de fato seja possível garantir a disponibilidade de exames complementares para a população idosa.

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

Estabelecer parcerias com os responsáveis de cada nível para possibilitar agilidade na realização e processamento dos resultados dos exames.

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

Definir, quando necessário, alertas e avisos para aqueles que não estão realizando os exames preconizados, prioridades oferecidas e outras vantagens que possam aparecer.

Engajamento público

Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares. Planejar atividades de orientação, promoção e prevenção de saúde dirigida às comunidades, aos familiares e aos idosos em relação à importância de fazer exames complementares frequentes.

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

Desenvolver oficinas direcionadas aos idosos e as comunidades onde seja explicada a necessidade e a importância de fazer periodicamente os exames complementares.

Qualificação da prática clínica.

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

Desenvolver uma escala de capacitação no pessoal que se involucra no atendimento aos idosos apoiados nos protocolos disponibilizados pelo MS para atendimento nesta população.

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

Conseguir uma capacitação certa na ESF de fato se consiga um preenchimento adequado dos procedimentos clínicos feitos nos idosos nas consultas nos registros correspondentes.

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

AÇÕES

Monitoramento e avaliação

Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular / Hiperdia.
Fazer um controle periódico e frequente sobre o acesso aos medicamentos disponibilizados pela farmácia popular nos idosos.

Organização e Gestão do serviço

Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Fazer frequentemente um check-in dos estoques de medicação para ter a certeza da existência de itens necessários.

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

Manter atualizado o registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e ou diabéticos em correspondência ao cadastro existente.

Engajamento público

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

Planejar atividades de orientação, promoção e prevenção de saúde dirigida às comunidades aos familiares e aos idosos em relação ao direito que eles têm de possuir acesso aos medicamentos mesmo assim como as alternativas que têm em caso existam faltas dos habituais.

Qualificação da prática clínica.

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

Desenvolver uma escala de atualização no pessoal que se involucra no atendimento aos idosos apoiados nos protocolos disponibilizados pelo MS para atendimento nesta população.

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

Aplicar uma estratégia de preparação no pessoal da ESF para o manejo adequado, encaminhamento e atendimento em correspondência às necessidades individuais dos medicamentos utilizados por eles e suas opções.

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

AÇÕES

Monitoramento e avaliação

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

Aprontar a realidade de quantos os idosos acamados ou com problemas de locomoção, apoiados nos ACS para atualizar cadastro e poder depois desenvolver as nossas ações propostas neles.

Organização e Gestão do serviço

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

Aprontar, estabelecendo como prioridade para os ACS, o cumprimento no cadastro dos idosos com problemas de locomoção ou acamados o mais rápido que seja possível, pois só assim será pertinente programar ações.

Engajamento público

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

Utilizar a possibilidade das reuniões da comunidade, das lideranças dela e outros fatores comunitários, os quais junto aos familiares conscientizariam se da situação e ajudariam na conscientização dos idosos para com os nossos objetivos.

Qualificação da prática clínica.

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

Desenvolver uma escala de capacitação nos ACS que se involucram no atendimento aos idosos para que seja feito o cadastramento desses idosos acamados ou com problemas de locomoção com brevidade e qualidade.

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

AÇÕES**Monitoramento e avaliação**

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

Aprontar no controle na realização das visitas domiciliares garantindo a maior qualidade em cada uma delas, sabendo que todo elemento achado nela é fundamental para a saúde do idoso, exemplo a identificação de fatores de risco sociais como de acidentes.

Organização e Gestão do serviço

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

Estabelecer como prioridade nas reuniões das ESF as visitas domiciliares a idosos com problemas de locomoção ou acamados para um melhor atendimento e mais personalizado.

Engajamento público

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

Planejar oficinas que tenham a ver com a importância dessa ação de saúde, para a identificação, controle e até mesmo tratamento da população idosa com esse tipo de limitação assim como quando proceder.

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

Planejar oficinas que tenham a ver com a importância dessa ação de saúde, para a identificação, controle e até mesmo tratamento da população idosa com esse tipo de limitação assim como quando proceder.

Qualificação da prática clínica.

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

Desenvolver uma escala de capacitação nos ACS que se involucram no atendimento aos idosos.

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

Desenvolver capacitação aos ACS que estão envolvidos no cadastro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção em relação às condições em específico a ser levadas em consideração para fazer esse trabalho.

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

AÇÕES

Monitoramento e avaliação

Monitorar o número de idosos submetidos a rastreamento para HAS, periodicamente.

Controle na realização do rastreamento para HAS em idosos com a periodicidade das visitas, das consultas e outras ações que se desenvolvam na comunidade.

Organização e Gestão do serviço

Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS.

Estabelecer um grau de prioridade nos idosos com HAS no acolhimento para aferir na hora e poder classificar os valores de pressão.

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

Dotar ao pessoal da triagem, do acolhimento e da hiperdia dos insumos necessários, conferidos em fidelidade, para garantir credibilidade na aferição.

Engajamento público

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

Planejar oficinas que tenham a ver com a importância dessa ação de saúde, para a identificação, controle e até mesmo tratamento da população idosa que sofre de HAS.

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

Planejar oficinas que tenham a ver com a importância dessa ação de saúde, para a identificação, controle e até mesmo tratamento da população idosa com HAS.

Qualificação da prática clínica.

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

Desenvolver uma escala de capacitação na ESF para que se envolvam na identificação certa e bem fundada de casos de 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).

AÇÕES

Monitoramento e avaliação

Monitorar número idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM, periodicamente (pelo menos anualmente).

Controle na realização do rastreamento dos que tenham 135/80 mmHg de pressão a mais em idosos que além estejam sendo submetidos a rastreamento para DM com a periodicidade nas visitas, nas consultas e outras ações que se desenvolvam na comunidade.

Organização e Gestão do serviço

Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM.

Estabelecer um grau de prioridade nos idosos com DM no acolhimento para medir na hora a glicemia e poder classificar os valores dela.

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

Combinar com a área responsável para que exista estoque de insumos suficientes pelo menos para os casos de idosos com DM.

Engajamento público

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.

Planejar oficinas que tenham a ver com a importância dessa ação de saúde, para a identificação, controle e até mesmo tratamento da população idosa que sofre de HAS seja rastreada para DM.

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

Planejar oficinas que tenham a ver com a importância dessa ação de saúde, para a identificação, controle e até mesmo tratamento da população idosa com DM.

Qualificação da prática clínica.

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.

Desenvolver uma escala de capacitação na ESF para que se envolvam na identificação certa e bem fundada de casos de usuários com cifras pressóricas de 135/80 mmHg, com HAS ou com DM.

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

AÇÕES

Monitoramento e avaliação

Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de idosos.

Realização do rastreamento na necessidade de atendimento odontológico aos idosos apoiados na ESF principalmente no Odontologista e do assistente de odontologia.

Organização e Gestão do serviço

Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde.

Estabelecer rotina de acolhimento com um nível de prioridade para os idosos com necessidades de atendimento odontológico.

Cadastrar os idosos na unidade de saúde.

Criar cadastro dos idosos identificados com problemas odontológicos, logo após avaliação do odontologista.

Oferecer atendimento prioritário aos idosos na unidade de saúde.

Estabelecer nível de prioridade no atendimento aos idosos mesmo sem ainda ser identificados com necessidades odontológicas.

Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.

Estabelecer agenda no atendimento aos idosos identificados com necessidades para atendimento odontológicas.

Engajamento público

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

Planejar oficinas que tenham a ver com a importância da avaliação da saúde bucal no idoso e das prioridades que eles possuem no atendimento na rotina do centro de saúde.

Qualificação da prática clínica.

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

Desenvolver uma escala de capacitação na ESF para que se involucrem na identificação certa e bem fundada de casos de usuários idosos com necessidade de tratamento odontológico em idosos.

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

AÇÕES

Monitoramento e avaliação

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

Realização de controle periódico no cadastro de usuários idosos com necessidade de atendimento odontológico.

Organização e Gestão do serviço

Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde.

Estabelecer rotina de acolhimento com um nível de prioridade para os idosos com necessidades de atendimento odontológico.

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

Checagem periódica na utilização do serviço, fiscalização de seu cumprimento, controle na assistência e busca ativa aos faltosos.

Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.

Planejar com a equipe odontologista a agenda, levando em consideração prioridades e situações particulares dos idosos.

Oferecer atendimento prioritário aos idosos.

Planejar com a equipe odontologista como será oferecido o atendimento prioritário aos idosos.

Engajamento público

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.

Planejar oficinas que tenham a ver com a importância da realização do atendimento odontológico aos idosos, a avaliação da saúde bucal e as prioridades que eles possuem no atendimento na rotina do centro de saúde.

Qualificação da prática clínica.

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

Desenvolver uma escala de capacitação na ESF para que se involucrem no acolhimento do idoso de acordo com protocolo.

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

Treinar aos membros selecionados da ESF para que realizem o cadastramento, os aspectos a levar em consideração, os sinais a serem identificados e como se deve proceder em cada caso em relação ao cadastro.

Capacitar os ACS para captação de idosos.

Treinar aos ACS selecionados para que realizem a captação dos idosos levando em consideração, os sinais a serem identificados e como se deve proceder em cada caso em relação ao cadastro.

Capacitar os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para idosos.

Coordenar reunião de ESF específica com os cirurgiões dentistas no fato de como proceder para desde a primeira consulta começar a desenvolver ações específicas e marcar consultas programáticas pontuais em cada paciente.

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

Monitoramento e avaliação.

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

Fazer um controle periódico e frequente sobre os casos das consultas previstas a serem realizadas no centro de saúde em correspondência aos atendimentos adotados pela unidade de saúde.

Organização e Gestão do serviço

Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Desenvolver e programar esquema para controle dos idosos faltosos.

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

Organizar e estabelecer prioridades para o acompanhamento aos idosos provenientes das visitas domiciliares.

Engajamento Público

Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Planejar atividades de orientação, promoção e prevenção de saúde dirigida às comunidades aos familiares e aos idosos em relação à importância da realização das consultas.

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

Desenvolver oficinas direcionadas aos idosos e às comunidades onde seja explicada a necessidade e a importância de fazer periodicamente as consultas.

Qualificação da prática clínica

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

Capacitar aos ACS para que desenvolvam ações de orientação aos idosos sobre consultas e periodicidade destes.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

AÇÕES

Monitoramento e avaliação.

Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Fazer uma atualização periódica no registro específico de 100 % das pessoas idosas, garantindo o completo nas informações cadastrais e aquelas que são preenchidas em cada ação.

Organização e Gestão do serviço

Manter as informações do SIAB atualizadas.

Garantir o correto preenchimento das informações e sua veracidade. Implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos.

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

Utilizar mediante implantação as planilhas e registros específicos de acompanhamento do atendimento para que sejam utilizados seus dados para avaliar serviço, qualidade e outros.

Pactuar com a equipe o registro das informações.

Estabelecer alguma pessoa em relação à responsabilidade da ESF no registro das informações.

Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Definir pelo ou pela responsável para o monitoramento dos registros de entre os membros da ESF.

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.

Criar estratégia para registro, controle e viabilização apoiados no domínio constante das informações e na definição de uma pessoa vigia do nível no preenchimento e responsável pelos dados de todas essas ações.

Engajamento público.

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

Desenvolver oficinas direcionadas aos idosos e às comunidades onde sejam explicados seus direitos em relação à manutenção dos registros de saúde e acesso às segundas vias se for necessário.

Qualificação da prática clínica.

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

Capacitar aos ACS e/ou outros membros da ESF que desenvolvam estas atividades.

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

AÇÕES

Monitoramento e avaliação.

Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Fazer um controle periódico e frequente sobre o controle dos registros das informações contidas na caderneta do idoso na unidade de saúde.

Organização e Gestão do serviço

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

Solicitar pela ESF e seus máximos responsáveis a disponibilização na unidade de saúde da caderneta do idoso.

Engajamento público.

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

Desenvolver oficinas direcionadas aos idosos e às comunidades onde sejam explicados seus direitos em relação a possuir caderneta do idoso e importância de portar sempre que for atendido.

Qualificação da prática clínica.

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

Capacitar aos ACS e/ou outros membros da ESF que desenvolvam estas atividades.

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

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

AÇÕES

Monitoramento e avaliação.

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

Fazer um controle periódico e frequente sobre o controle dos idosos com maior risco de morbimortalidade que sejam identificados na nossa área.

Organização e Gestão do serviço

Priorizar o atendimento a idosos de maior risco de morbimortalidade.

Aplicar prioridade de entre os idosos a aqueles que possuam maior risco de morbimortalidade.

Engajamento público

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

Desenvolver oficinas direcionadas aos idosos onde sejam explicados a importância dos acompanhamentos no caso possuam alto risco de morbimortalidade.

Qualificação da prática clínica

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

Capacitar aos ACS e/ou outros membros da ESF que desenvolvam estas atividades.

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

AÇÕES**Monitoramento e avaliação.**

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

Fazer uma checagem com periodicidade definida nos indicadores pesquisados nos idosos em relação à fragilização na velhice.

Organização e Gestão do serviço

Priorizar o atendimento idoso fragilizados na velhice.

Aplicar prioridade de entre os idosos a aqueles que identificados com fragilização na velhice.

Engajamento público

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

Desenvolver oficinas direcionadas aos idosos onde sejam explicadas a importância dos acompanhamentos no caso possua alto fragilização na velhice.

Qualificação da prática clínica

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

Capacitar aos ACS e/ou outros membros da ESF que desenvolvam estas atividades.

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

AÇÕES

Monitoramento e avaliação.

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

Fazer um controle periódico e frequente sobre a avaliação da rede social nos idosos acompanhados no âmbito da nossa UBS.

Monitorar todos os idosos com rede social deficiente.

Fazer um controle periódico e frequente sobre os idosos com rede social deficiente.

Organização e Gestão do serviço.

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

Definir uma escala de priorização para o agendamento e a visita domiciliar a idosos com rede social deficiente.

Engajamento público

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

Desenvolver oficinas direcionadas aos idosos e às comunidades onde sejam explicados como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde.

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.

Planejar nas comunidades onde se integrem todos os fatores para a promoção da socialização da pessoa idosa assim como grupos de apoio.

Qualificação da prática clínica

Capacitar a equipe para avaliar a rede social dos idosos.

Capacitar aos ACS e/ou outros membros da ESF que desenvolvam estas atividades.

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos.

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

AÇÕES**Monitoramento e avaliação.**

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

Fazer um controle periódico e frequente sobre a realização de orientações nutricionais para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos.

Monitorar o número de idosos com obesidade / desnutrição.

Fazer um controle periódico e frequente aos idosos com obesidade/desnutrição.

Organização e Gestão do serviço

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

Em reuniões de a ESF estabelecer as responsabilidades daqueles membros responsáveis pela orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Engajamento público

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

Desenvolver oficinas direcionadas aos idosos e às comunidades assim como a seus responsáveis, onde sejam explicados os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis.

Qualificação da prática clínica

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

Capacitar aos ACS e/ou outros membros da ESF que desenvolvam estas atividades.

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

Capacitar aos ACS e/ou outros membros da ESF que desenvolvam estas atividades.

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

AÇÕES

Monitoramento e avaliação.

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

Fazer um controle periódico e frequente sobre a realização de atividade física regular para todos os idosos.

Monitorar o número de idosos que realizam atividade física regular.

Fazer um controle periódico e frequente aos que realizam atividade física regular.

Organização e Gestão do serviço

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

Distribuir responsabilidades nos membros da ESF em relação às orientações para a prática de atividade física regular.

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

Exigir dos responsáveis municipais e cobrar deles as parcerias necessárias para identificação da realização de atividade física.

Engajamento público

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

Desenvolver oficinas direcionadas aos idosos e às comunidades para a realização de atividade física regular.

Qualificação da prática clínica

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

Capacitar aos ACS e/ou outros membros da ESF que desenvolvam estas atividades.

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

AÇÕES

Monitoramento e avaliação.

Monitorar as atividades educativas individuais.

Fazer um controle periódico e frequente sobre a realização de atividade educativa individual.

Organização e gestão do serviço

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

Desenhar escala para o dia das consultas idoso de modo que seja possível utilizarem o maior em consultas para fazer todo o necessário sem ficar atrapalhados pela quantidade de usuários a serem atendidos nesse dia.

Engajamento público

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

Desenvolver oficinas direcionadas aos idosos e às comunidades para a realização de atividade sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias.

Qualificação da prática clínica

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

Capacitar aos ACS e/ou outros membros da ESF que desenvolvam estas atividades.

2.3.2 Indicadores

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

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

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

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa.

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

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: Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

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

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

Meta 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.

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

Numerador: Número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia

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

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

Indicador: 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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador: Proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta

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

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

Meta 2.8: Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM)

Indicador: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus

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

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

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

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

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

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

Indicador: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

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

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

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: Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa

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

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

Numerador: Número de fichas espelho com registro atualizado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.

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

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador: Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal

Numerador: Número de idosos com orientação sobre higiene bucal. Denominador: Número total de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Será utilizado como documento-base o Caderno da atenção Básica. Nº19, Envelhecimento e saúde da pessoa idosa; Ministério da Saúde. Brasília – DF. 2010. Para realizar a intervenção proposta utilizaremos os cadastros dos idosos a partir dos 60 anos de idade, a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa do Ministério de Saúde ano 2012, para assim poder fazer uma complementação e coleta de dados do médico para a realização de uma ficha complementar como registro específico.

Já nos foi disponibilizado mais cadernetas de saúde do idoso, fichas de cadastramento que serão utilizadas para auxiliar na identificação das pessoas idosas frágeis ou em risco de fragilização. Temos disponível também o caderno de atenção básica sobre envelhecimento e saúde da pessoa idosa para que a equipe possa tirar qualquer dúvida e assim o necessitar. Tais materiais serão disponibilizados pela secretaria municipal de saúde, para que os médicos juntamente com a enfermeira e agentes comunitários de saúde possam fazer o devido acompanhamento dos cadastros e cadernetas do idoso, que serão devidamente preenchidas pelos mesmos na Unidade de Saúde e/ou na comunidade. Através das visitas domiciliares para os acamados, deficientes ou que não recorrem a Unidade Básica, pretende-se realizar esse cadastramento, apoiados na atualização da Ficha Espelho, assim como a Caderneta do Idoso o mais rápido possível para que possamos desenvolver um trabalho a base de dados coerentes e corretos de nossa população adstrita.

Para organizar o registro específico do programa, o médico juntamente com os agentes comunitários de saúde revisarão seus cadastros e registros feitos na caderneta do idoso a fim de identificar os idosos acamados que não podem dirigir-se a Unidade Básica de Saúde. Após isso será priorizado o acompanhamento da comorbidade e busca ativa dos idosos que padecem de doenças crônicas faltosos a consulta de avaliação na data marcada e agendada para o mesmo. Todos os dados serão registrados manual e eletronicamente. Haverá uma pasta composta por arquivos de cada agente comunitário de saúde com o prontuário dos idosos e acamados de suas áreas para que se possa manter uma relação restrita para melhor acompanhamento de pessoas tão debilitadas. A análise situacional e a definição do foco de intervenção já foi discutida com toda equipe, inclusive foi administrado um curso para cuidadores de idosos com profissionais responsáveis pela saúde do idoso, para acompanhante dos idosos acamados, agentes comunitários de saúde, enfermeiros, médicos e público em geral, onde foram discutidos todos os tipos de abordagem a um idoso com demência, doenças crônicas, aconselhamento sobre serviços especiais de prevenção e atendimento das vítimas de negligência, maus tratos, exploração, abuso, crueldade e opressão. Assim foram discutidos por todos, ações de melhoria para nossos idosos, para que possam envelhecer com carinho, amor, atenção e dignidade.

O acolhimento deverá ser priorizado e discutido para que haja o estabelecimento de uma relação respeitosa, considerando que, com a experiência de toda uma vida, as pessoas se tornam em geral mais sábias, desenvolvem maior senso de dignidade e prudência e esperam ser reconhecidas por isso. A partir do pressuposto de que o idoso é capaz de compreender as perguntas que lhe são feitas ou as orientações que lhe são fornecidas, os profissionais dirigirão primeiramente a seu acompanhante. Será aconselhado se-chamar a pessoa idosa por seu nome e manter contato visual, preferencialmente, de frente e em local iluminado, considerando um possível declínio visual ou auditivo, e a utilização de uma linguagem clara, evitando-se a adoção de termos técnicos que podem não ser compreendidos. Todos os idosos terão um acompanhamento assíduo mensalmente ou de acordo com suas necessidades. Faremos grupo de idosos, palestras na comunidade, escolas, igrejas para esclarecer o projeto voltado a saúde do idoso e quais seus benefícios.

Haverá uma revisão mensal nos prontuários, nos arquivos dos agentes comunitários de saúde para as visitas domiciliares, não somente para acamados, mas sempre que for necessário e solicitado por algum membro da família do idoso, tudo para termos ao final de cada mês as informações completas e necessárias coletadas e expostas na Ficha Espelho que serão consolidadas na planilha eletrônica.

As ações a serem desenvolvidas como parte da intervenção na saúde do idoso levará a participação da comunidade, fato que ressaltará sua importância e implantação futura em pros da saúde da população idosa. O esclarecimento e comprometimento das comunidades com as ações vão trazer resultados positivos, pois, além de ser feito o trabalho da ESF vai complementar-se com a participação comunitária que propiciará: primeiro, uma maior conscientização do assunto; segundo, o apoio nas ações como, por exemplo, a procura ativa de faltosos às consultas, ajuda em aqueles que morem sozinhos para ficar de olhos nas suas condições e possíveis problemas a se apresentar; terceiro a participação nas ações de promoção, prevenção e reabilitação baseadas na comunidade e muito importante, a identificação precoce de situações que contribuam ao detrimento da saúde da população idosa. São eles os elementos mais significativos de que poderemos contar com a comunidade.

3 Relatório da Intervenção

Haver chegado até o fim das semanas da intervenção tem sido uns dos principais motivos da minha felicidade e da equipe que tem trabalhado comigo nestes últimos meses. Conferindo os resultados percebi o quanto importante é trabalhar com uma equipe comprometida, decidida, que nunca mediu esforços para conseguir cumprir com as atividades desta intervenção em saúde do idoso.

Foram realizadas muitas ações, buscando melhorar a qualidade dos serviços ofertados, qualificação da avaliação clínica, da solicitação de exames complementares, bem como conhecer o território com mais propriedade. A intervenção serviu também para compreender as dificuldades dos idosos como a locomoção e/ou acamados, além de permitir o estreitamento do vínculo entre a família e unidade de saúde, mediante visitas domiciliares levando até eles qualidade de atendimento e acompanhamento regular.

Importante ressaltar o trabalho essencial feito pelos ACS, cadastrando, registrando, visitando e buscando os faltosos às consultas. Sem esse trabalho, não teríamos conseguidos os bons resultados que tivemos.

Foi falado sobre a importância da prevenção dos riscos de acidentes sobre hábitos nutricionais, promoção de saúde, entre outros. A fim de contemplar com mais qualidade os assuntos foram convidados palestrantes, a exemplo de geriatras, nutricionistas e educadores físicos.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Foram desenvolvidas várias atividades, algumas de elas não só serviram para habilitar aos membros da equipe, estiveram além, pois contribuíram para sua capacitação para outros projetos futuros nos quais já estamos pensando. Considero que a principal ferramenta utilizada foi a capacitação dos profissionais de saúde

sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa assim como o estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática. Com o anterior definimos as direções nas quais estivemos trabalhando.

O cadastramento de todos os idosos da área adstrita no programa foi significativamente importante. Conhecemos a realidade de todos eles, identificamos fraquezas mesmo na sua saúde, como no ambiente da família que podem influenciar diretamente na sua qualidade de vida e muitos aspectos dos achados que são potencialmente modificáveis.

Buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em nossa área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias permitiu uma inter-relação com lideranças já foram da comunidade como da parte religiosa que permitiram à nossa equipe obter parcerias significativas para esta intervenção mesmo como para outras que no futuro poderiam ser conseguidas visando assim outros alvos de próximas intervenções.

Com o atendimento clínico à população idosa e acompanhamento do seu esquema vacinal diretamente ligado a pessoa idosa, tratamos casos individualizados, aperfeiçoando ainda mais a integralidade do nosso serviço, também complementado pelas atividades do grupo dos idosos.

Nunca deixamos de fazer a busca ativa dos idosos que não compareceram ao retorno de suas consultas, para assim não perder a sistematicidade nas ações de saúde e possibilitar assim que todo saiu como planejado.

O trabalho direcionado ao preenchimento adequado dos registros específicos da caderneta do Idoso e dos prontuários feitos e atualizados foi prioridade, levando em consideração a importância desses documentos.

As visitas domiciliares aos acamados foi um momento que permitiu como explicado acima, o contato mais perto das famílias e dos ambientes de cada um deles, ferramenta para a identificação precoce de situações em particular, permitindo individualizar o atendimento.

Penso no pessoal que obtivemos ganhos significativos para o nosso serviço, estreitamos ainda mais o contato com os idosos, eliminando obstáculos que apareceram lhes demonstrando que o nosso objetivo era o seu bem estar geral com qualidade de vida e saúde o mais adequado possível.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Penso que do jeito que evoluíram as ações planejadas todas elas conseguimos desenvolver-as como desejado, claro que sempre existem coisas que se interpõem no curso, mas nenhuma conseguiu mudar o rumo certo; entre elas as grandes distancias, a cultura local, a falta de materiais e até recursos humanos, mas que não impediu o desenvolvimento das ações previstas.

A intervenção foi reestruturada para 12 semanas, desse jeito tivemos que reajustar as ações de maneira que pudesse se desenvolver.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Nesse ponto identifiquei um erro que não havia sido percebido foi no preenchimento de duas colunas no mês um o que trouxe um resultado acima dos 100 % no indicador que avaliava a proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes, aí houve um erro humano, pois ao fazer de novo a contagem dos dados percebi onde esteve o problema e foi corrigido. Esse fato serviu para pôr em alerta aos envolvidos no preenchimento, sabido que os erros humanos acontecem, mas que é importante nos esforçar para que os dados sejam colocados corretamente, só assim os resultados serão fiáveis. Por outra parte, não identificamos outros problemas no sentido que acompanha este ponto.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Aos poucos devemos ir incorporando à rotina estas atividades desenvolvidas, não podemos arquivar um projeto de intervenção que temos feito com muito esforço. O desafio principal é fazer perdurar no tempo as ações e aos poucos ir desenvolvendo outras intervenções em outras áreas como a saúde da criança, no pré-natal e pensamos fazer um intercâmbio com projetos bem sucedidos feitos em outros postos de saúde de segmentos distintos do município.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Ter chegado até aqui levou muito esforço, dedicação, uma dose extra de sacrifício e a vontade de conseguir mudar a qualidade da saúde do idoso em todos os aspectos e ações que propusemos desenvolver. Constituiu o nosso objetivo geral melhorar a qualidade da atenção em saúde ofertada às pessoas acima dos 60 anos de idade, pertencentes à área de abrangência da UBS Recanto dos Buritis em Rio Branco / AC. Em relação a cada uma das metas, faremos um balanço de todos eles, validando assim o resultado obtido nos indicadores nesta nossa intervenção. Teremos em conta que a cifra de pessoas de nosso cadastro da UBS Recanto dos Buritis é de 2800 pessoas e delas 201 estão compreendidas com 60 anos e mais, porém considerados idosos; esses foram os nossos dados iniciais para trabalhar.

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%;

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

A quantidade de idosos da nossa área de abrangência é de 201 usuários, em relação à quantidade da população que é de 2800 pessoas cadastradas, o que representa 7,17 % do total. Quando nós começamos com as atividades desta intervenção, ainda existia dúvidas quanto ao número dos idosos e se o que tínhamos estava certo já que não existia precedentes deste tipo de trabalho na comunidade. Graças aos esforços dos ACS, e as palestras realizadas os idosos foram se motivando, o que contribuiu para que conseguíssemos aos 100 % nos cadastros para a intervenção já no primeiro mês. As metas compreendidas em cada

mês foram as desejadas, sendo que obtivemos os resultados que queríamos evoluindo positivamente desde o começo das atividades assim já desde o primeiro mês cadastramos 201 (100%) dos idosos o que se manteve nos meses seguintes.

O cadastramento de 100 % dos idosos foi de grande importância para o serviço já que incorporou às atividades da intervenção aos 201 idosos da área de abrangência, possibilitando assim o monitoramento e controle das suas doenças, das suas limitações e acompanhá-los no decorrer das atividades.

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: Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

Em relação à Avaliação Multidimensional Rápida (AMR) no primeiro mês só conseguimos realizar em 129 idosos (64%) que vieram às atividades de consulta quando convocados. Após começarmos a estimular a população alvo mediante convites, palestras e outras atividades desenvolvidas pelos ACS, no segundo e no terceiro mês chegamos à quantidade desejada em relação ao total dos idosos cadastrados. É válido dizer que a aceitação que tivemos dentro da comunidade possibilitou o desenvolvimento deste e de outros indicadores, e a constância e dedicação com a que a equipe fez cada atividade garantiu a confiança dos idosos.

A meta para este objetivo foi cumprida. No primeiro mês conseguimos realizar a avaliação em 64 %,129, dos idosos cadastrados, já para o segundo e o terceiro mês, tivemos os 100 % dos idosos com a AMR feita (Figura 1).

Virou rotina fazer a AMR na unidade, servindo como padrão para as consultas de acompanhamento pelos dados que esta oferece, permitindo-nos uma avaliação integral e certa; sendo implementada pela importância acima descrita ao nosso serviço e melhorando-a, sendo mais exigente, com a coleta e processamento desses dados. (Figura 1)

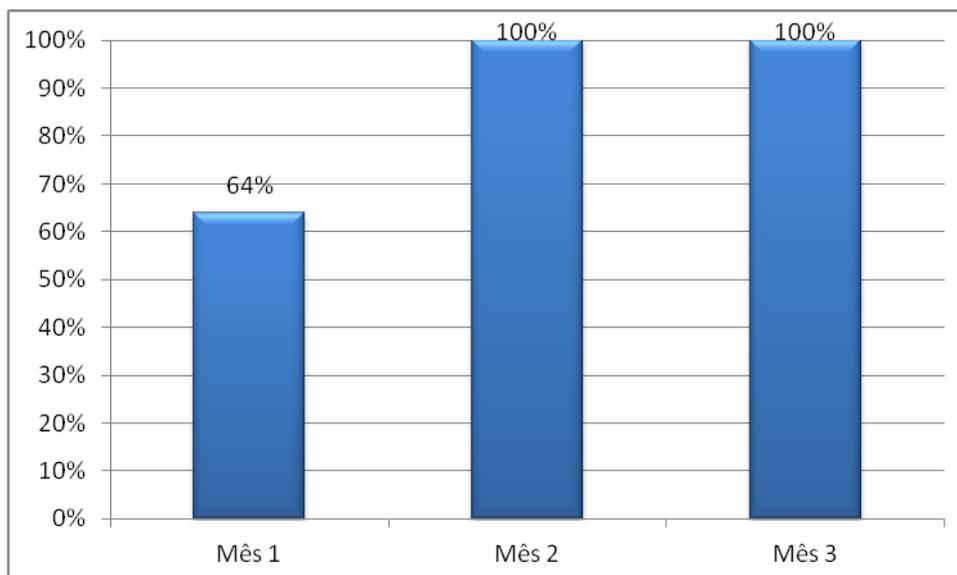


Figura 1: Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional rápida em dias. UBS Recanto dos Buritis II. Rio Branco/AC. 2015.

Fonte: Planilha de coleta final

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado (EC) 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.

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

Um exame clínico apropriado é fundamental, ainda mais quando se trata da população idosa. Em nossa intervenção desenvolveu-se uma AMR, direcionada aos 201 idosos que são o nosso universo. Em relação à realização do exame clínico apropriado, conseguimos realizar durante o primeiro mês 101 EC, o que representou 50 % dos 201 cadastrados, já no segundo e no terceiro mês os resultados foram muito bons, pois conseguimos abordar os 201 (100%) idosos cadastrados na intervenção (Figura 2).

A meta conseguida tem sido incorporada ao dia a dia do trabalho com a população idosa na nossa unidade, as ações para o alcance dessa meta foram de grande importância para o serviço, pois seguem um roteiro que permite saber o real estado do usuário, apreciando sua saúde e fazendo uma avaliação mais integral dos usuários.

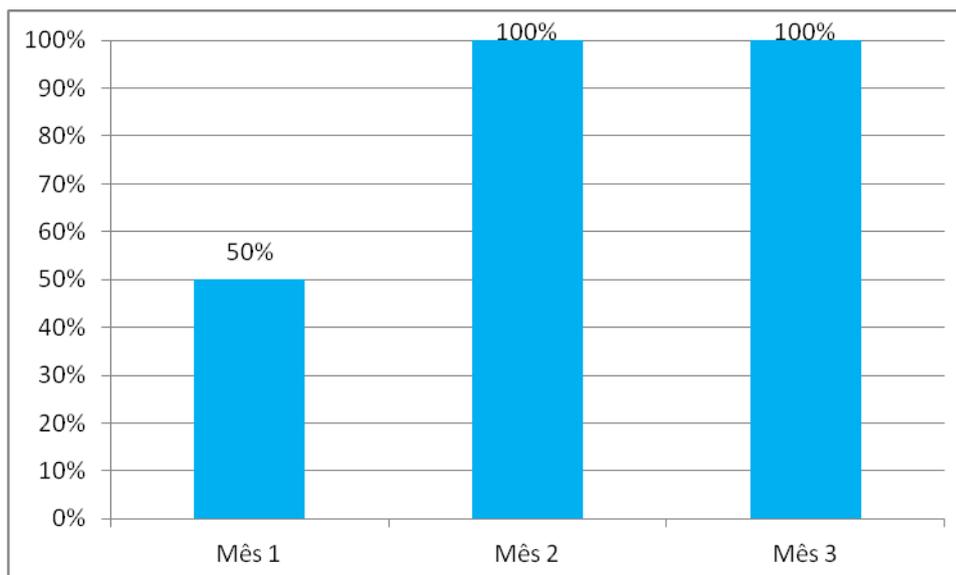


Figura 2: Proporção de idosos com Exame Clínico Apropriado em dias. UBS Recanto dos Buritis II. Rio Branco/AC. 2015

Fonte: Planilha de coleta final

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

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

Embora seja feito um acompanhamento sistemático mediante consultas planejadas e visitas domiciliares pela ESF das pessoas que têm hipertensão e/ou diabetes, é muito importante fazer os exames complementares também, servindo estes para avaliação geral como é no caso do colesterol, dos triglicérides, da creatinina, glicemia e outros. No começo, existiam diagnosticados 79 idosos padecendo de Hipertensão e/ou Diabetes com exames complementares (61 %), depois com o aumento nos controles e de registros, este número cresceu para 94 (71 %) no segundo mês, e fechou com 132 no terceiro mês (100 % dos idosos com as doenças compreendidas e com exames complementares em dia) (Figura 3).

Temos implementado essa solicitação aos idosos com Hipertensão ou Diabetes, e isso tem permitido mais integralidade nos acompanhamentos e maior controle na avaliação deles graças ao monitoramento de parâmetros expressos nesses exames o que aborda a generalidade da doença e o seu estado de controle. Temos nos proposto seguir em frente com as mesmas exigências na ESF para poder continuar apresentando os resultados positivos de hoje.

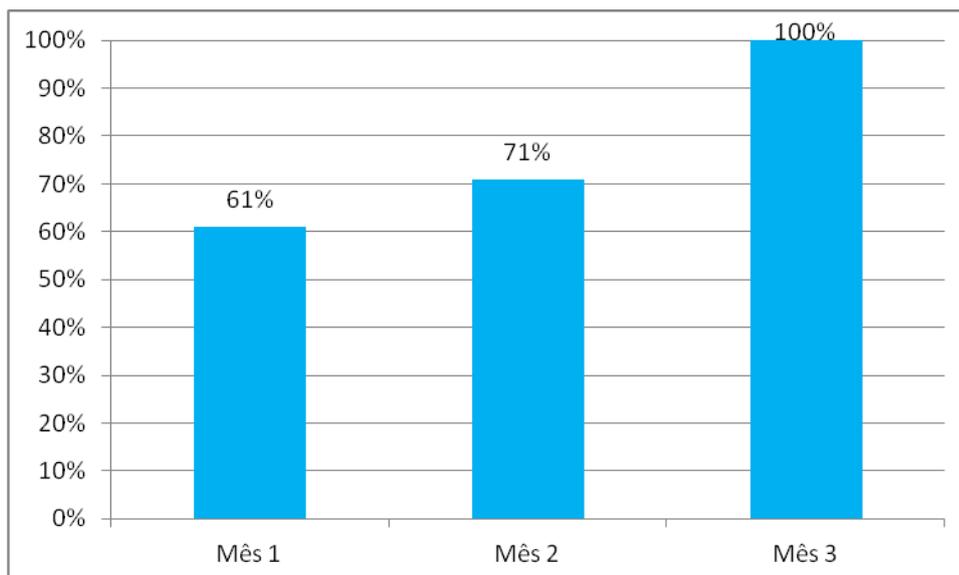


Figura 3: Proporção de idosos com Hipertensos e/ou Diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia. UBS Recanto dos Buritis II. Rio Branco/AC. 2015

Fonte: Planilha de coleta final

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

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

Durante o primeiro mês só atingimos 8% (17) de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular. No segundo mês alcançamos 23% (47), e no terceiro mês, encerramos com 80 % (161) do total de idosos que precisavam de remédios para o controle das suas doenças. (Figura 4).

Em relação esta meta acredito, foi uma das mais ruins da intervenção, ao não conseguir priorizar a prescrição de medicamentos preconizados pelas Políticas Públicas sem custo na Farmácia Popular aos 100 % dos idosos que precisarem para o controle das suas doenças. Estudamos as portarias 491 de 09/03/2006 e 971 de 17/05/2012, que regulamentam a Farmácia Popular (FP). Portanto, assim a equipe ficou ciente da importância da prescrição dos remédios da FP principalmente pela garantia que traz ao usuário que disponha sempre da medicação que é disponibilizada sem custo. Sabendo que muitas vezes a prefeitura não consegue colocar na farmácia da unidade em quantidades suficientes essas medicações e os usuários precisam se deslocar até as farmácias populares e poder dispor do medicamento prescrito sem custo.

Cientes da necessidade garantir o acesso aos fármacos, viu-se a necessidade de divulgar a disponibilização de medicamentos gratuitos para o tratamento de DM e HAS, promovemos o uso da FP entre os usuários idosos com doenças crônicas para que numericamente e em qualidade de vida consigamos direcioná-los.

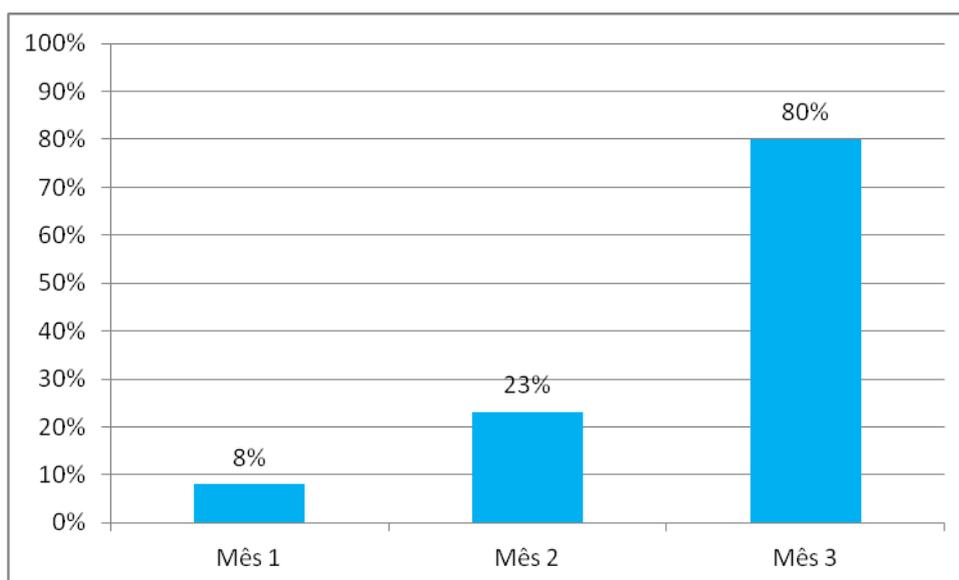


Figura 4: Proporção de idosos com Prescrição de Medicamentos da Farmácia Popular Priorizada. UBS Recanto dos Buritis II. Rio Branco/AC. 2015

Fonte: Planilha de coleta final

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

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

Desde o começo da intervenção, conseguimos obter o cadastro de 100 % dos idosos com problemas de locomoção ou acamados sendo no total 30 usuários.

Esta ação está implementada dentro do serviço, na estratégia de saúde da família, e são mantidas com as ações correspondentes as visitas e aos controles aos idosos acamados ou com problemas de locomoção. O alcance dessa meta representa mais humanização e acessibilidade aos serviços de saúde aqueles com dificuldades em se locomover. Cito que as principais causas que colocarem esses idosos como acamados são as sequelas de acidentes vasculares encefálicos e fraturas de fêmur.

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

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

Tínhamos como meta fazer as visitas aos 30 idosos (100%) acamados ou com problemas de locomoção. Desde o primeiro mês conseguimos visitar os 30 acamados ou com problemas de locomoção.

As visitas domiciliares são uma das nossas ações dentro da estratégia de saúde da família, mas algumas vezes é preciso que a SEMSA garanta o transporte, pois são usuários que moram longe da unidade e o acesso é um pouco difícil, no entanto, não houve dificuldades em chegar às casas desses usuários, visita-los e avalia-los pela ESF.

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

Indicador: Proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta

Baseados na meta para este objetivo foi feito em 157 idosos (78 %) no primeiro mês o rastreamento para HAS, no segundo e no terceiro mês tivemos o rastreamento em 197 (98 %) e 201 idosos (100 %), respectivamente. (Figura 5)

Com o avanço dos anos, os idosos devem de ser acompanhados e acordo com o desenvolvimento de algumas doenças, como hipertensão arterial. Além do rastreamento, foi muito importante às palestras na sala de acolhimento, o que contribuiu para que eles soubessem identificar sinais e sintomas da doença, bem como os riscos que esta traz. Começamos fazendo esse controle gradativamente e com o resultado desejado encerramos no terceiro mês.

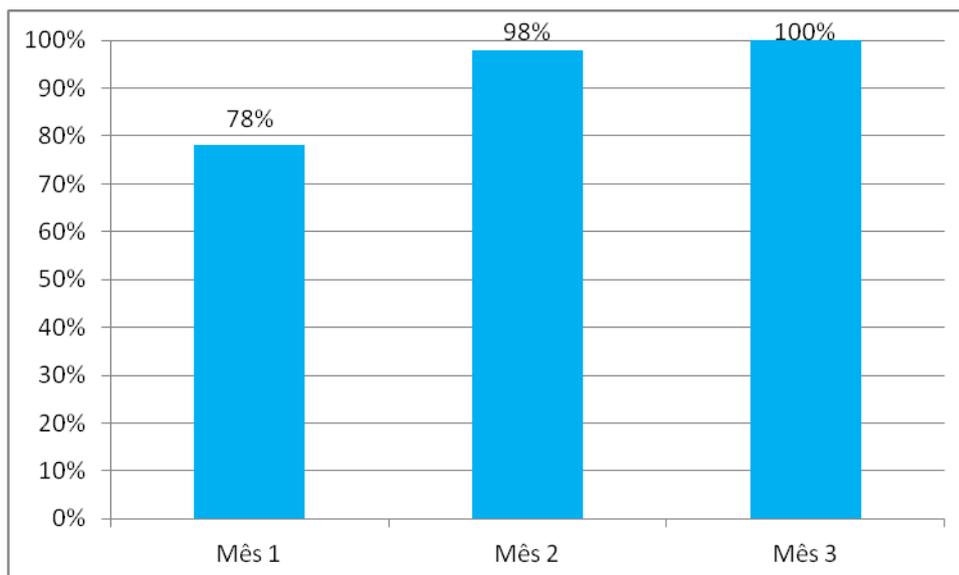


Figura 5: Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta.

UBS Recanto dos Buritis II. Rio Branco/AC. 2015

Fonte: Planilha de coleta final

Meta 2.8: Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM)

Indicador: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes

Já no primeiro mês, obtivemos rastrear os 100 % dos idosos hipertensos para diabetes, se mantendo dessa maneira durante o mês 2 e mês 3.

Fizemos este acompanhamento nos três meses da intervenção em idosos classificados com HAS ou com cifras de PA sustentada maior que 135/80mmHg. Houve uma tendência positiva sem variações. Para a equipe foi um triunfo e possibilitou identificar o grau de controle que tinham na hora e que possuíam geralmente, questionando além, sobre como é o seu controle, serviu de muito para levar em frente a capacitação aos integrantes da ESF em relação aos protocolos existentes na APS para o trabalho na Saúde do Idoso, assim como as atividades de consulta.

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

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

A equipe conseguiu 86 % (172) de avaliação da necessidade de atendimento odontológico no primeiro mês, 99 % (198) no segundo mês, e no terceiro mês houve o alcance da meta estipulada em 100 % (201) (Figura 6).

Neste indicador, houve um pouco de dificuldade, pela falta de equipe odontológica no começo das atividades desta intervenção. Porém como estratégia para levar as orientações à comunidade realizamos suma capacitação na ESF, e com apoio do assistente odontológico com o propósito de reforçar conhecimentos sobre a higiene e cuidado da saúde bucal, a maneira certa em que deve ser feito o escovado dos dentes e quantas vezes ao dia como também das medidas para manter em bom estado as próteses dentárias. Neste ponto quero dizer que tivemos uma ajuda extraordinária de alunos do último ano de odontologia que com sua ajuda com equipes móveis que foram o mais perto dos usuários, isso permitiu o sucesso deste indicador.

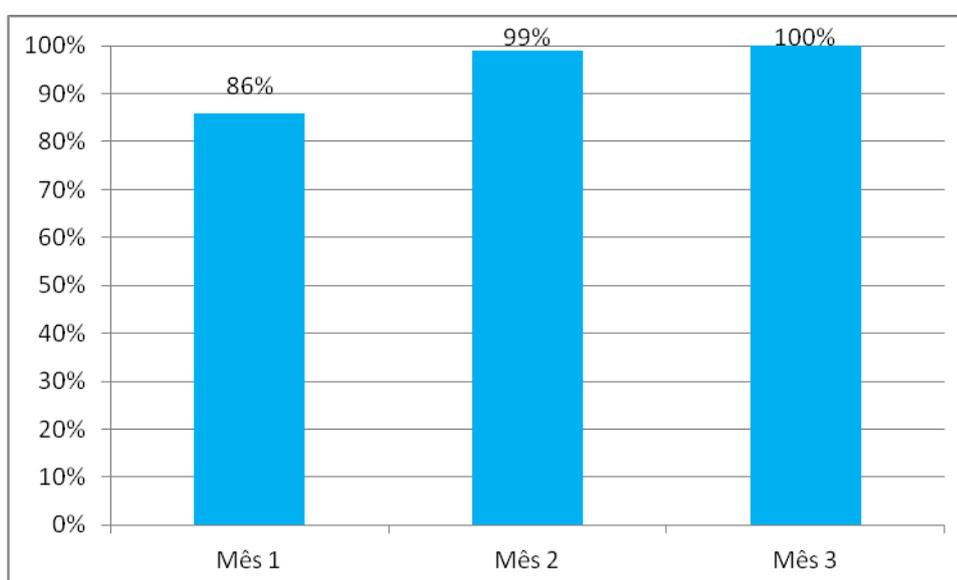


Figura 6 - Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. UBS Recanto dos Buritis II. Rio Branco/AC. 2015.

Fonte: Planilha de coleta final

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

Indicador: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

As porcentagens para as metas dentro de cada mês, para esse objetivo, comportaram-se em ascensão, sendo que no começo havíamos realizado a primeira consulta em 121 (60%) dos idosos cadastrados. Seguimos em frente, e no segundo e no terceiro mês, alcançamos 185 (92%) e 201 (100%) dos idosos cadastrados, respectivamente. (Figura 7)

Como dito anteriormente houve dificuldades técnicas para o desenvolvimento desta parte. Com muita ajuda da SEMSA, conseguimos aumentar o alcance da ação e restabelecemos o fluxo normal deste serviço.

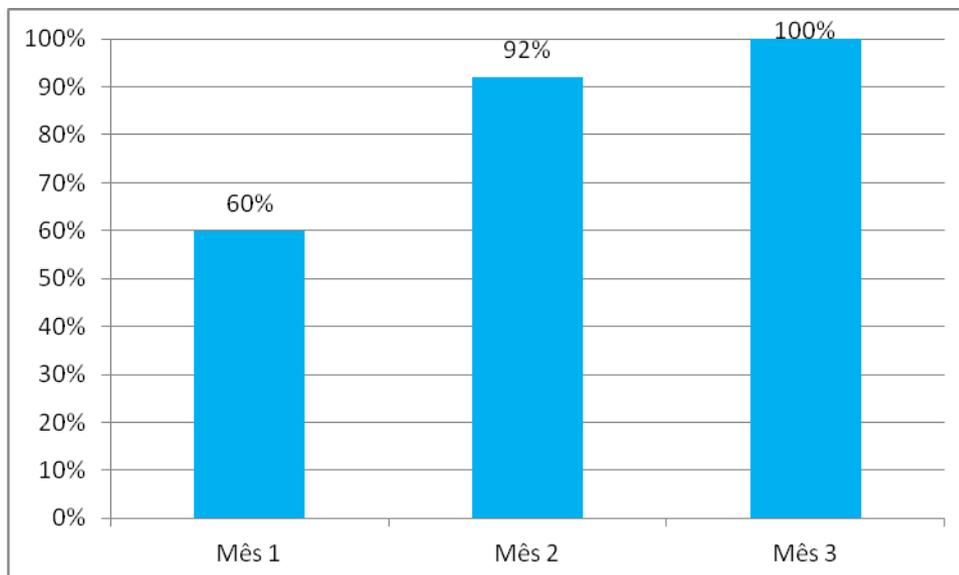


Figura 7- Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática. UBS Recanto dos Buritis II. Rio Branco/AC. 2015.
Fonte: Planilha de coleta final

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

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

No primeiro mês identificamos aqueles que não haviam comparecido as consultas, porém não foi realizada a busca ativa. No segundo mês, 95 % dos faltosos (11) e no último mês os 100 % dos faltosos haviam sido buscados (Figura 8).

De nada serve planejar, implementar e executar uma intervenção em saúde do idoso e não procurar aqueles que faltam às atividades, pela importância da sistematicidade, pelo acompanhamento na evolução e por muitas outras razões. Como foram diminuindo gradativamente em cada mês aqueles faltosos, até os 11 idosos, é válido dizer que estes compreendem principalmente aqueles com dificuldades para se locomover ou que estão acamados. Nossa equipe adotou como uma de suas prioridades o acompanhamento aos idosos, assim como a busca dos faltosos.

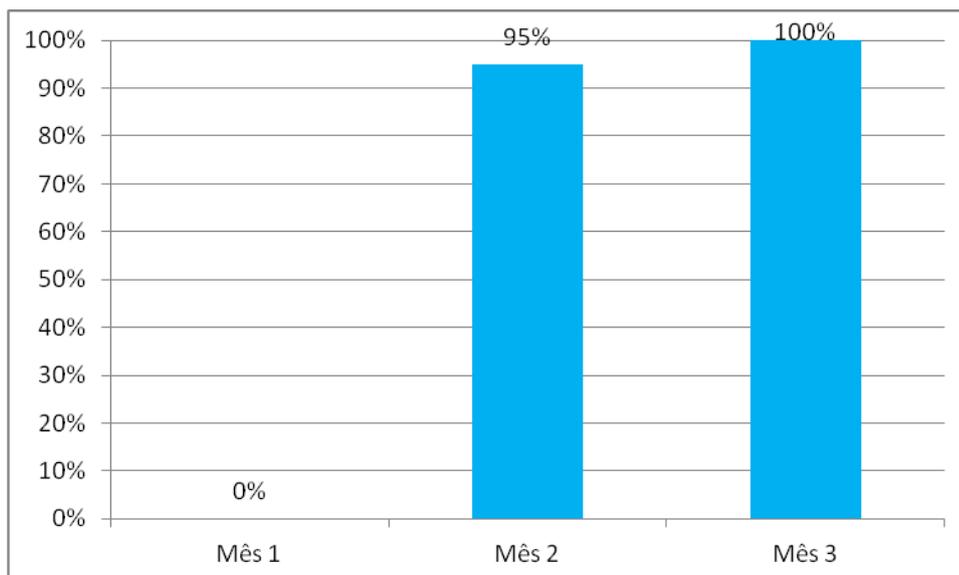


Figura 8: Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa. UBS Recanto dos Buritis II. Rio Branco/AC. 2015.

Fonte: Planilha de coleta final

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

O registro das informações teve um ótimo comportamento, partindo de que no começo só havíamos atingido os 20 % (41) dos idosos com estes sendo realizados de forma adequada. Já no segundo e no terceiro mês, chegamos aos 96 % (193) e aos 100 % (201) dos idosos com registro específico. Aproveitando as consultas programáticas fizemos uma rotina de trabalho que permitisse para nós a coleta de todos os dados de uma só vez, foi assim como evoluíram os resultados. Decidimos em equipe que a confecção desse documento deve ser correta, pelo valor que possuem os dados nela contidos que servem para análises. Para resolver esta atividade foi decisiva a sistematicidade do trabalho de coleta de informações e preenchimento nos registros realizados pelos ACS.

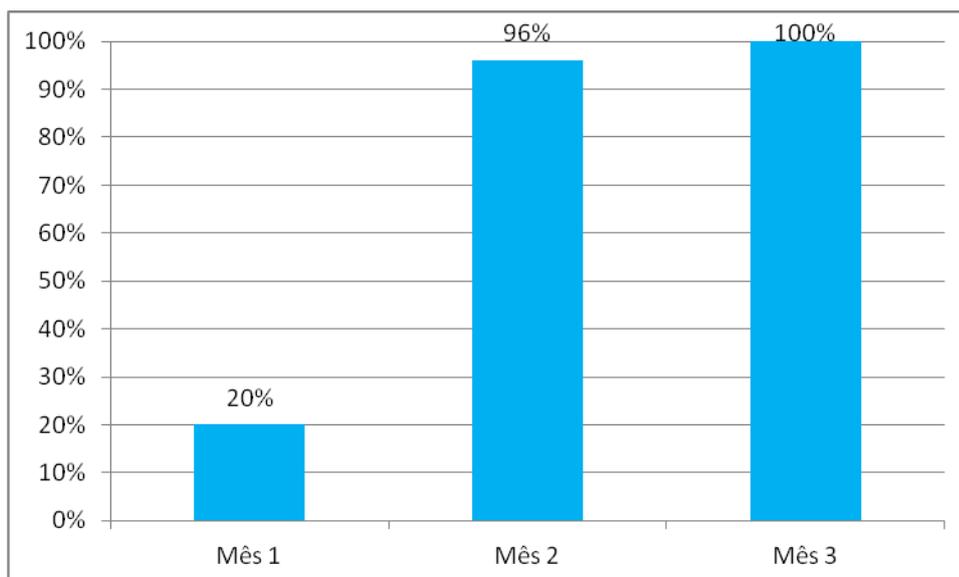


Figura 9: Proporção de idosos com registros na ficha espelho em dia. UBS Recanto dos Buritis II. Rio Branco/AC. 2015

Fonte: Planilha de coleta final

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

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

Em relação à meta proposta para este objetivo, a nossa equipe conseguiu alcançar apenas 17 % (35) dos idosos com Caderneta de Saúde no primeiro mês. No segundo mês, já estávamos com 99 % (199) e encerramos com os 100 % dos idosos cadastrados com esse documento confeccionado.

No decorrer da intervenção, tivemos que enfrentar a falta do documento no nosso almoxarifado. Foram solicitadas aos gestores essas cadernetas e assim que estes estiveram disponíveis na unidade foi alcançada a totalidade dos idosos com caderneta. Após essa experiência decidimos criar o nosso estoque desses documentos de maneira que seja garantida a sua existência e não atrapalhasse mais a sua confecção.

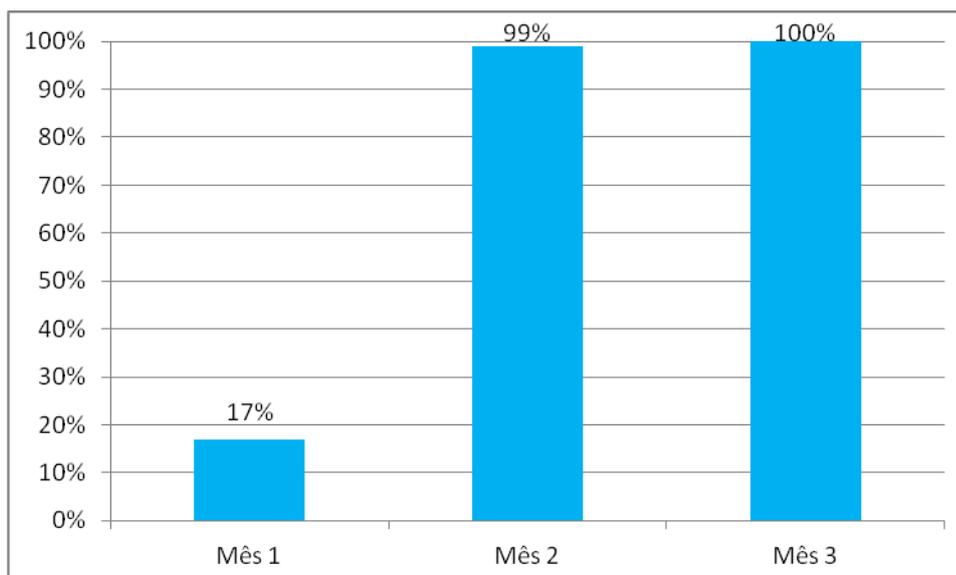


Figura 10: Proporção de idosos com caderneta de saúde da pessoa idosa. UBS Recanto dos Buritis II. Rio Branco/AC. 2015.

Fonte: Planilha de coleta final

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

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

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

A avaliação de risco de morbimortalidade foi feita em 84 (42%), 195 (97%) e 201 (100%) idosos, respectivamente, no decorrer dos meses de intervenção. (Figura 11)

A velhice não é doença, mas com a chegada dela muitas doenças podem aparecer e muitos agravos à saúde podem se desenvolver. É muito importante um controle dos riscos para morbimortalidade em dia, o que permite aceder à realidade da população idosa. Fizemos aos poucos essa avaliação, o que possibilitou ter uma realidade de cada um deles. Do total de idosos dos registros encerramos com 100 % das avaliações aos 201 idosos. Ressalto aqui que detectamos alguns fatores para morbimortalidade como por exemplo o desconhecimento de que sofriam de pressão alta ou incorreto tratamento assim como cifras alteradas de glicemia capilar.

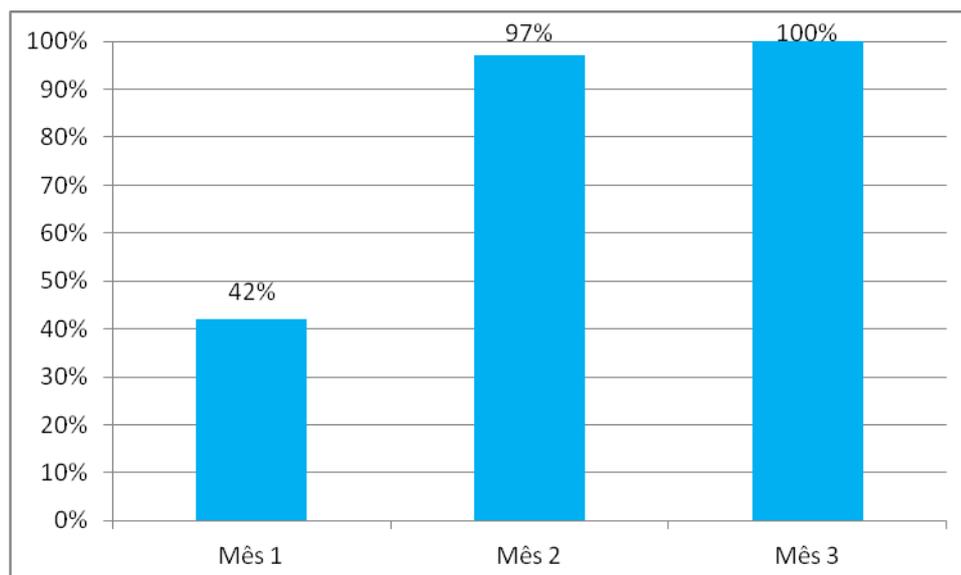


Figura 11: Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia. UBS Recanto dos Buritis II. Rio Branco/AC. 2015

Fonte: Planilha de coleta final

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

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

A investigação da presença de indicadores de fragilização foi de 38 % (78) no primeiro mês, 98% (197) no segundo e 100% (201) no terceiro mês. Considero positivo o decorrer desse ponto da intervenção. (Figura 12)

Um aspecto a ser levado em consideração é a fragilização que acontece na velhice como evento natural, assim é importante avaliar em cada idoso os riscos e prevenção destes, atuação garantida pela nossa ESF que trabalha para dar continuidade às ações desta intervenção. Descrevo como principais achados as comorbidades produzidas pelas doenças aparelho cardiocirculatório que sofrem muitos deles, são: doenças metabólicas e das doenças próprias degenerativas do sistema ostearticular.

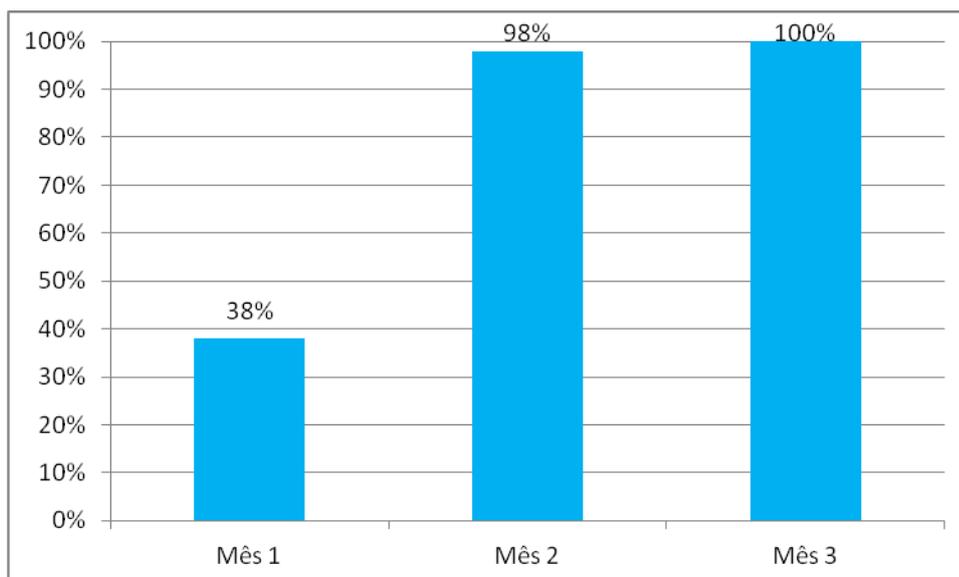


Figura 12- Proporção de idosos com avaliação para fragilização da velhice em dia.

UBS Recanto dos Buritis II. Rio Branco/AC. 2015

Fonte: Planilha de coleta final

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

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

A avaliação da rede social foi feita, no primeiro mês, em 25 % (50) dos idosos cadastrados na intervenção. Com o avanço da intervenção, alcançamos 98 % (197) no segundo e 100 % (201) no terceiro mês. Para a nossa satisfação foi mais uma meta conseguida. (Figura 13)

Neste aspecto podemos dizer que conseguimos atingir os resultados desejados, fazendo neles a avaliação de rede social. Implementamos na rotina de trabalho da unidade essa avaliação o que valoriza ainda mais os nossos serviços, aqueles direcionados especificamente aos idosos cadastrados da nossa área de abrangência.

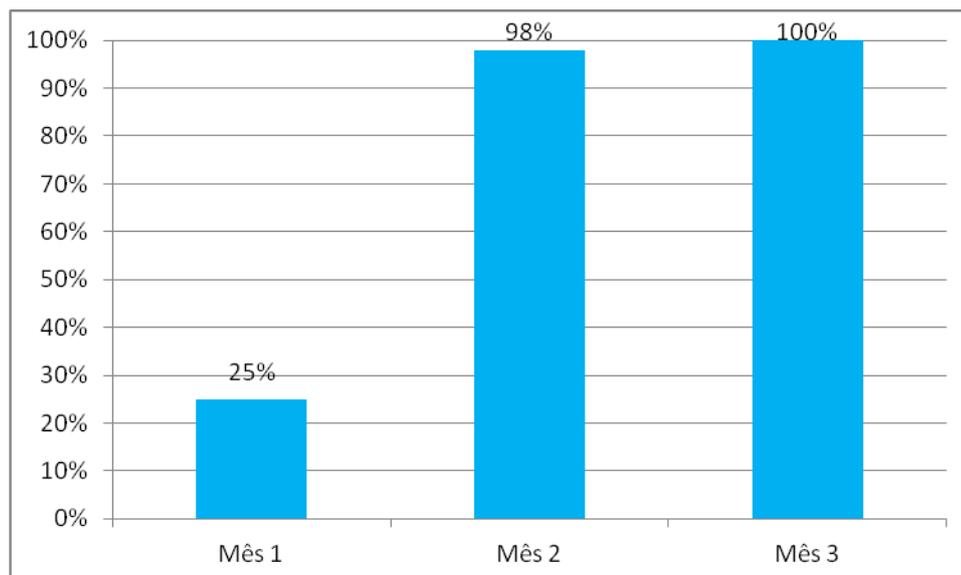


Figura 13 - Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia. UBS Recanto dos Buritis II. Rio Branco/AC. 2015

Fonte: Planilha de coleta final

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos.

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

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

A evolução desta meta foi muito boa, no primeiro mês, já havíamos conseguido 79 % (159), dos idosos com orientação nutricional. Nos meses subsequentes atingimos 100% (201) dos usuários alvo da intervenção. Mais uma e muito importante meta inclusa na rotina do nosso trabalho na UBS. Uma nutrição equilibrada, com um aporte balanceado é significativamente importante para o idoso, que precisam manter um equilíbrio entre aportes e necessidades. Está na nossa estratégia de saúde direcionada para esse público alvo manter as orientações, visando o bom desenvolvimento da ação. Sem o apoio da nutricionista que atende o segmento não teria sido possível o desenvolvimento dessa ação, ela mediante atividades de promoção de saúde e grupo de idosos conseguiu realizar orientações importantíssimas. (Figura14)

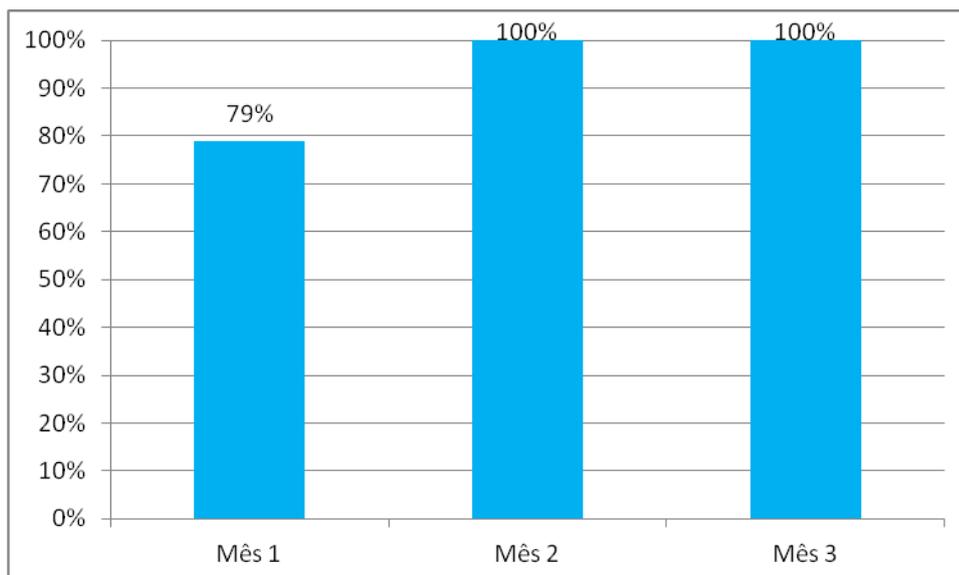


Figura 14: Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis. UBS Recanto dos Buritis II. Rio Branco/AC. 2015

Fonte: Planilha de coleta final

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

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

No primeiro mês, conseguimos orientar, quanto a prática regular de atividade físicas, 147 idosos (73%), e depois, nos seguintes dois meses já haviam sido guiados os 201 idosos, representando os 100 %. (Figura 15)

Graças à dedicação da nossa equipe e em colaboração com outros profissionais (educador físico), chegamos aos 100 % dos 201 idosos que receberam orientação sobre a prática de exercício físico. Gradativamente, foi conseguido e já uma vez alcançado quedou estabelecido na rotina de trabalho da UBS a orientação sobre a prática de atividade física.

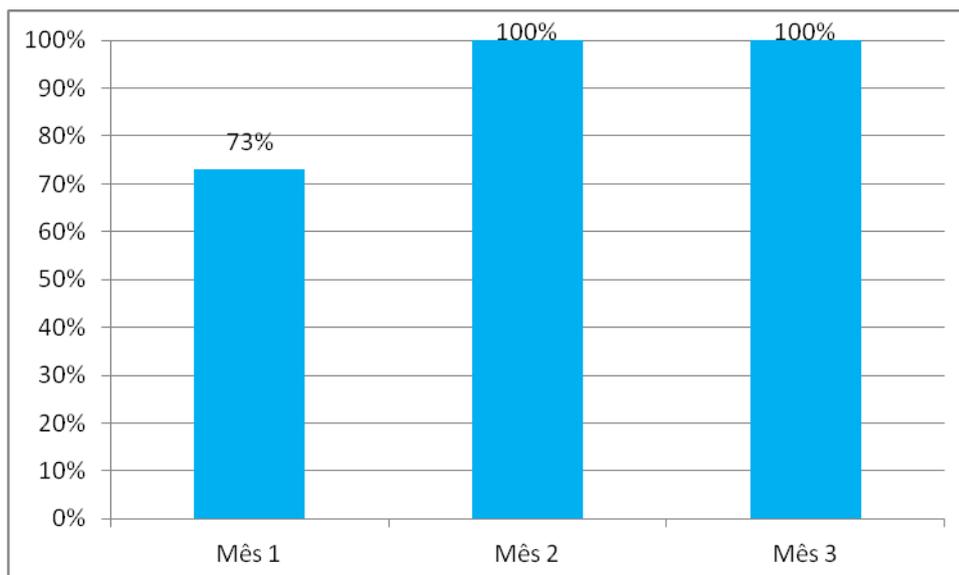


Figura 15: Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular. UBS Recanto dos Buritis II. Rio Branco/AC. 2015

Fonte: Planilha de coleta final

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

Indicador: Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal

Para 60 % (121) dos idosos iniciaram a intervenção com orientações de higiene bucal. Nos meses subsequentes a meta foi alcançada atingindo-se os 100 % (201) dos idosos cadastrados. (Figura 16).

Chegamos ao último indicador que foi analisado. Neste ponto houve um pequeno problema condicionado pela falta de profissional que mais acima foi esclarecido. No entanto, tomamos a iniciativa de desenvolver um treinamento rápido e simples com os ACS que foi feito pelo técnico de odontologia sobre as diretrizes básicas para manter uma correta e adequada higiene bucal. Assim, espalhamos e instruímos nos idosos deste programa essas informações e possibilitou cumprir com nossa meta estabelecida. Assim que quando incorporou-se a equipe odontológica foi dada uma força significativa o que possibilitou que os 201 idosos receberam essas orientações.

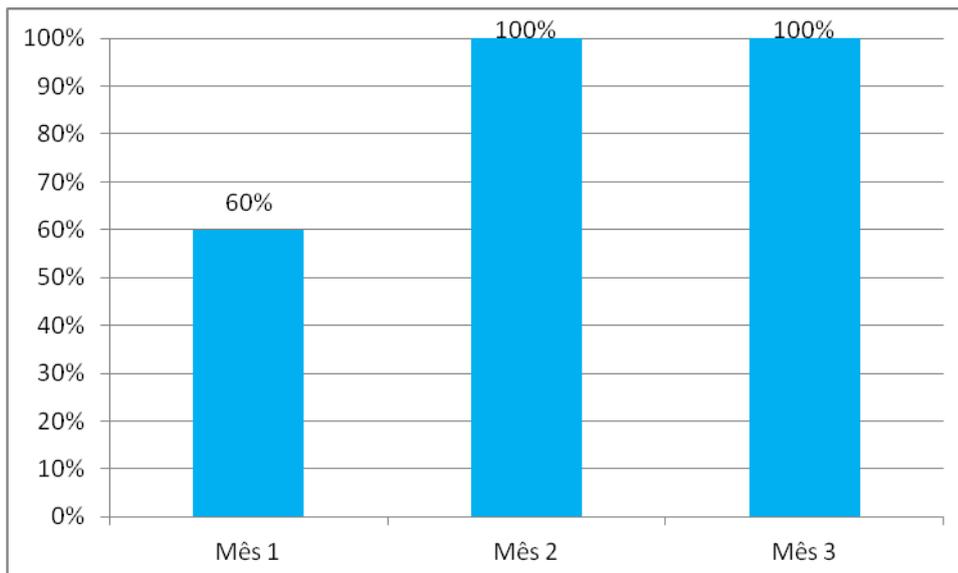


Figura 16: Proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia. UBS Recanto dos Buritis II. Rio Branco/AC. 2015

Fonte: Planilha de coleta final

4.2 Discussão

Antes da intervenção a cobertura da atenção a pessoa idosas era 67 % (179) elevando-se um 100 % (201) os idosos que haviam em nosso cadastro incorporados às atividades desta intervenção.

Considero importante relembrar alguns dos dados da Unidade Básica de Saúde “Recanto dos Buritis”, na qual foi feita esta intervenção em saúde do idoso. Esta unidade compreende o atendimento de 2 800 pessoas, delas, 201 compreendidas como idoso (60 anos e mais). Direcionado para essa população alvo foi desenhada a nossa estratégia.

No pessoal considero que com a realização da intervenção, foi possível estender o atendimento médico especificamente à população idosa da nossa área de abrangência. Trazer à rotina das atividades aos 100 % dos idosos pertencentes à área constituiu a consolidação de várias aspirações que tínhamos: conseguimos acompanhar todos eles, avaliá-los geral e especificadamente, acompanhar a suas doenças crônicas, visitá-los, conhecer a sua realidade, suas preocupações, as condições nas quais vivem como são atendidos pela família. Conseguimos ainda incorporar neste trabalho os idosos acamados ou com problemas de locomoção, oferecer-lhes atividades educativas, atualizar os seus documentos e os nossos registros. Estas foram algumas das prioridades, pelas quais conseguimos fazer-lhes sentir que estavam sendo bem cuidados e que nós estamos vigilantes para com a sua saúde.

Com a realização da intervenção, a nossa equipe ficou mais unida, serviu para nos integrar. Dividir, compartilhar responsabilidades e aproveitar o desenvolvimento deste trabalho para capacitar todos em relação aos protocolos de atendimento estabelecidos pelo Ministério da Saúde para a população idosa. Com este aprimoramento em específico da intervenção em saúde do idoso ficou demonstrado que podemos melhorar outros programas da saúde, pois a partir dessa coesão com que trabalhamos durante a intervenção, valorizou-se às responsabilidades de cada um e participação ativa das ações.

O serviço ficou mais abrangedor após haver desenvolvido esta intervenção, não só focalizado na doença e na cura, pelo contrário enxergando a realidade integral do idoso sendo que as atividades feitas possibilitaram a participação de todos os membros da equipe, o que anteriormente só era responsabilidade ou era

executado por um ou dois membros da equipe. Com a intervenção conseguimos dar responsabilidade tanto aos ACS como aos enfermeiros ou técnicos em enfermagem, de conjunto com o médico trabalharam e graças a inter-relação valorizamos o papel de cada um fazendo-os sentir mais úteis e comprometidos com o seu trabalho.

A participação comunitária, mediante as lideranças existentes nela, possibilitou um trabalho de conjunto muito proveitoso, e envolveu à comunidade dando participação nos acontecimentos. A comunidade ficou satisfeita pelas ações nas quais tiveram participação e junto aos idosos, junto às famílias dos idosos, a comunidade toda sentiu a nossa presença, o nosso objetivo e souberam apoiar no momento certo para que as atividades direcionadas aos idosos tivessem êxito.

A experiência adquirida pela equipe de saúde no referente à saúde das pessoas de 60 anos e mais, o elo estabelecido, a articulação com todos os fatores tanto da comunidade como dos profissionais da saúde seria o que faria a diferença. Acredito que nada acontece por acaso e embora a intervenção fosse uma tarefa da especialização, ela possibilitou redefinir o verdadeiro conceito de trabalho em equipe e de inter-relação comunidade e serviços de saúde.

A intervenção na saúde do idoso não acaba por aqui simplesmente após a coleta e processamento dos dados e análise dos indicadores. Vamos incorporar as ações à rotina permanente da unidade, aperfeiçoar o processamento de informações na caderneta do idoso, as atividades educativas que podem ser direcionadas para outras necessidades pontuais que sabemos existem de modo que contribuam ao melhoramento da sua qualidade de vida.

Os nossos próximos passos em direção ao melhoramento da atenção à saúde no serviço são implementar esta intervenção com às suas ações, fazer troca de experiências com outros médicos que fizeram esta intervenção em saúde do idosos e discutir novas ideias, propostas de atividades e também de outras intervenções como no caso da saúde do idoso, e da ampliação da cobertura de atendimento ao hipertenso e/ou diabético.

5 Relatório da intervenção para gestores

Sr Secretário de Saúde

Com a chegada do programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), abriu-se uma porta para melhorar a saúde produzida pelo aumento de profissionais médicos que chegaram para ampliar a assistência aos usuários que estavam sem ou com muito pouco acesso aos serviços de saúde. Um dos objetivos deste programa estabelecia a realização de uma especialização em saúde da família que compreendia, junto a outros objetivos, a realização de uma intervenção direcionada para um público específico, com a ideia de ampliar a cobertura e qualidade de saúde no alvo da intervenção, processo sem precedentes em muitas comunidades que haviam recebido profissionais médicos.

Escolhi desenvolver uma estratégia de saúde direcionada à população idosa pertencente à área de abrangência da minha UBS, após verificar as fragilidades existentes na saúde dos mesmos. Atualmente há na área de abrangência da UBS 201 pessoas com sessenta anos e mais de idade, visando a possibilidade de melhora na qualidade de vida, após identificar situações potencialmente modificáveis e que pudessem ser avaliadas também através de indicadores, o que possibilitou verificar as ações que não estavam com bom desempenho e intervir na sua melhoria.

Com relação à cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na UBS, conseguimos alcançar 100 % dos idosos da nossa área de abrangência e pertencentes à unidade de saúde. Considero importante o esforço da equipe toda, com a participação dos ACS.

Foi realizada Avaliação Multidimensional Rápida nos 201 (100 %) dos idosos pertencentes ao programa, possibilitando visualizar o que seria possível e factível desenvolver pela unidade a fim de conseguirmos mudar a realidade. Isso permitiu

conhecer o estado de cada um em específico e atualizando os nossos dados, significou um grande passo, pois nela identificamos riscos potencialmente modificáveis.

Ofertamos ainda a realização em dia de exames clínicos a 201 (100%) dos idosos. Fundamentalmente, nos idosos com HAS e DM, isso possibilitou conhecer o estado de controle dessas doenças sabendo da influência que elas tem para uma boa saúde, de forma a podermos intervir precocemente. A solicitação, assim como a análise dos resultados dos exames complementares periódicos em dia aos 201 (100%) idosos cadastrados foi bem-sucedida, permitindo melhor controle e acompanhamento adequado do estado de saúde.

Foi priorizada a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada. Importante esclarecer aqui os motivos que não nos permitiram chegar aos 100 % dos idosos que precisavam de remédios fazer a prescrição deles para a farmácia popular. Embora o nosso desejo fosse priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular aos 100% dos idosos que precisavam para o controle das suas doenças, encontramos um pouco de dificuldade pela resistência, já que os usuários defendem que os medicamentos devem estar disponíveis nas farmácias das unidades (SUS).

Graças aos esforços do governo estadual e da prefeitura não tem faltado os remédios genéricos para tratar as principais doenças que acometem os idosos. Em muitos casos os usuários que rejeitaram a proposta de trocar tratamentos que eles tiveram que comprar, pois no SUS são gratuitos e desde que seja controlada a sua doença com aqueles fornecidos pelo SUS nas unidades, querem continuar.

Assistimos ainda a todos os idosos acamados ou com problemas de locomoção por meio das visitas domiciliares. Incluir aos idosos em condição de acamados possibilitou fortalecer o vínculo entre a família e serviços de saúde. Mediante vistas domiciliares da equipe, além de cadastrar aos usuários em questão, foi possível avaliar a realidade pontual de cada identificando outros problemas que seria impossível saber caso não fossemos até as casas. Avaliamos condições de cuidados dos familiares e responsáveis, situação individual e condição limitante para a locomoção. A conversa diretamente permitiu individualizar o atendimento e fortalecer conhecimentos em relação às doenças sofridas. Identificamos também necessidades pontuais que podem ser resolvidas mediante a solicitação de cadeiras de rodas, andadores, muletas ou até mesmo leitos. Todas as necessidades

identificadas estão sendo encaminhadas com os seus argumentos à gestão municipal.

Realizamos ainda o rastreamento para hipertensão dos idosos. Tivemos o extremo cuidado de aferir pressão em todos os idosos na atividade de consulta, tendo assim uma realidade após fazer esse procedimento nos 201 idosos cadastrados no programa. Do mesmo modo, foi aferida a glicemia capilar, fundamentalmente em aqueles idosos que já tinham a condição de hipertensos. Dessa forma, conseguimos identificar a concomitância destas duas doenças e como devíamos proceder para o seu acompanhamento.

No escopo de ações realizadas tivemos a avaliação da necessidade de atendimento odontológico e a tentativa de garantir a consulta odontológica programática. Tratando a avaliação odontológica como parte dos cuidados integrais à saúde do idoso, até porque não podemos analisar por separado esse indicador, foi que avaliamos 100 % dos idosos cadastrados no programa.

Realizamos ainda a busca ativa dos faltosos às consultas. Foi essencial a atuação dos ACS nesse quesito. Obtivemos 100% de êxito nesta ação, contribuindo para que todos fossem contemplados pelas ações propostas pela intervenção. Mantivemos todos os registros atualizados e conseguimos ofertar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a todos os idosos acompanhados pela unidade.

Avaliamos todos os idosos para risco de morbimortalidade e identificados cada um deles o risco específico. Direcionando aos achados, realizamos ações de educação em saúde com foco em temas específicos.

Todos os idosos foram contemplados com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, sobre prática regular de atividade física sobre higiene bucal. Conseguimos nessas ações o importante engajamento dos profissionais nutricionista e educador físico. Ofertamos um cuidado integral em saúde aos 201 idosos da nossa área de abrangência.

Os desafios foram muito e nem tudo ocorre perfeitamente. No entanto, obtivemos de forma geral, excelentes resultados, através de uma equipe coesa e comprometida com o desejo de trabalhar e na busca de soluções, bem como o apoio da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), que tornou possível concretizarmos a implementação da intervenção.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Como deves ter percebido houve algumas mudanças aqui na ESF em relação à população idosa. A Sr^a chegou a perceber?

Vou lhe contar como tudo aconteceu e os avanços positivos que conseguimos realizar.

Sou Médica, faço parte do Programa Mais Médicos (PMM) do Governo Federal, que veio para ajudar a cuidar mais das pessoas.

Todos estes profissionais, realizaram um curso de especialização para que a saúde das pessoas estivesse em consonância com os princípios do SUS e realizasse um trabalho para intervir- nos na população que mais necessitava de cuidados. Durante o curso percebemos que a atenção á saúde das pessoas com 60 anos ou mais precisava de algumas melhorias. Realizamos um projeto que teve duração de 12 semanas, mas fique tranquila, pois este vai continuar sendo realizado aqui na UBS.

Durante vários meses estivemos envolvidos em uma série de ações, atividades, nas quais estiveram entrelaçados os membros da comunidade, da equipe de saúde é claro, o alvo de nossa intervenção, os idosos.

Durante meses, viemos preparando o território para estender e fortalecer o atendimento à população de sessenta anos e mais da nossa área de abrangência, que na atualidade possui 201 idosos.

A equipe de saúde foi capacitada para que todos tivessem a mesma conduta, foram distribuídas as responsabilidades entre os profissionais das

atividades e realizamos ações de saúde buscando a melhoria da qualidade no atendimento à saúde dos idosos na unidade básica de saúde Recanto dos Buritis II.

Com a realização das ações foi que conseguimos aumentar a cobertura deste programa para 201 (100 %) dos idosos da área de abrangência da UBS, todos foram cadastrados e acompanhados pelo programa. O que possibilitou para a equipe conhecer quem são os idosos, onde moram, quais as reais condições de saúde de cada um.

Foram muitas ações que realizamos, buscando melhorar a qualidade dos serviços ofertados, sendo que realizamos avaliação clínica, solicitamos exames complementares aos que sofrem de pressão alta e diabetes que são pessoas que possuem mais açúcar no sangue que o normal, foi importante conhecer quantos sofrem destas doenças, facilitando assim poder dar atendimento consequente na sua doença, controle delas e prescrição de remédios.

Nosso trabalho compreendeu também aos idosos com dificuldades de locomoção e/ou acamados, permitindo estreitar assim o vínculo entre a família e unidade de saúde, mediante visitas domiciliares levando até eles qualidade de atendimento e acompanhamento regular a todos os foram identificados, cadastrados e que são acompanhados pela nossa ESF.

Buscamos identificar todos os idosos que sofrem de hipertensão e, também, aqueles portadores de diabetes. Com isso, foi possível direcionar melhor a realização de atividades de prevenção e promoção da saúde, seja com esses ou outros temas importantes para manter uma boa saúde e boa qualidade de vida.

O atendimento odontológico e realização da primeira consulta foram levados em consideração e embora houvesse dificuldades no começo pela falta de equipe odontológica, mas conseguimos vencer esse desafio e agendar, efetivar e orientar em relação aos assuntos da saúde bucal para todos os idosos cadastrados.

Importante ressaltar o trabalho essencial feito pelos ACS, cadastrando, registrando, visitando e buscando os faltosos às consultas. Sem esse trabalho, não teríamos conseguidos os bons resultados que tivemos.

Falamos sobre a importância da prevenção dos riscos de acidentes e fizemos orientações sobre hábitos nutricionais. Válido dizer que aconteceram ações de promoção de saúde em algumas vezes com convidados, que trabalham com saúde dos idosos, que puderam oferecer palestras para eles, a exemplo de geriatras, nutricionistas e educadores físicos.

Com muito êxito finalizamos as ações, os indicadores obtidos iram servir, para melhorar ainda mais a qualidade no atendimento para os nossos idosos, que expressam muita juventude e desejos de viver mais e melhor. Portanto, é essencial que a comunidade continue nos apoiando e sendo parceira nas atividades que realizamos aqui na UBS.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Uma das coisas mais importantes acontecidas na minha vida foi o programa Mais Médicos para o Brasil, projeto que além de trazer vantagem para a população, deu para mim a possibilidade de inserir-me na saúde pública brasileira.

Incorporar-me à saúde pública do Brasil, desde a posição de médico, atendendo numa população carente, despertou-me interessar-me pela origem daqueles identificados como os seus padrões de saúde, das principais doenças e os grupos vulneráveis. Uma realidade que abrange a pluralidade de causas e efeitos que seriam impossíveis descrever sem esquecer, só quero lembrar de uma: tratamento de qualidade, valorizando a saúde do próximo como a minha própria; desde essa posição direcionei o meu trabalho que focalizou a saúde integral da população idosa.

O curso de especialização possibilitou a troca de ideias com colegas de outras partes do mundo, pessoas que enxergam a realidade de muitas maneiras esperam que afluam num mesmo ponto: atenção integral e de qualidade, para o indivíduo e a sua família.

Quando no começo foram permitidas nossas escolhas das ações programáticas da intervenção em consonância com as fragilidades detectadas na análise situacional, sempre tive a clareza e determinação pela saúde do idoso. Vejo neles com muita sensibilidade a realidade de quem tem vivido sofrido, aprendido e saído em frente, pessoas que necessitam muito amor, pois suas vidas são fonte inesgotável de conhecimento para futuras gerações.

A intervenção foi mais longe do que muitos achavam, além dos limites que estabeleciam dados e indicadores estatísticos. Aproveitar cada espaço da atenção médica para valorizar à pessoa como um ser biopsicossocial e não um indicador cientes de que a política nacional de humanização do atendimento à saúde nos trouxe uma ampla concepção do serviço médico assistencial, assim como as

vantagens e potencialidades de cada elemento que defende um serviço ótimo de saúde. Baseada nela resolvi um engajamento de todas as percepções que havia desta população, não meramente um dado cadastral, muito, além disso, aprendi como oferecer melhor atendimento, entrelaçado com promoção prevenção chegando assim à melhora da qualidade do atendimento ao idoso.

Referências

BRASIL. **Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD. Brasília, 2010.

BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 jan. 1994.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 out. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. DATASUS. Brasília, 2008.

CAMARANO, Ana Amélia . et al. Quedas. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. Consensos em gerontologia. São Paulo, 2004.

MATOS, Divane. Leite.; LIMA-COSTA, Maria Fernanda . Tendência na utilização de serviços odontológicos entre idosos brasileiros e fatores associados: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998 e 2003).

Anexos

Anexo C - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
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 - 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