

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



Trabalho de Conclusão de Curso

Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS Alberto Lima, Santana-AP.

Miguel Salinas Hidalgo

Pelotas, 2015

Miguel Salinas Hidalgo

Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS Alberto Lima, Santana-AP.

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

Orientador: Pablo Viana Stolz

Pelotas, 2015

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

H632m Hidalgo, Miguel Salinas

Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS Alberto Lima,
Santana-AP / Miguel Salinas Hidalgo; Pablo Viana Stolz, orientador(a).
- Pelotas: UFPel, 2015.

107 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da
Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de
Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Saúde do Idoso
4.Assistência domiciliar 5.Saúde Bucal I. Stolz, Pablo Viana, orient. II.
Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

A minha amada esposa por seu apoio incondicional,
a minha mãe pela educação que me deu e a meus
filhos por me inspirar.

Agradecimentos

A todas aquelas pessoas que me ajudaram na realização deste trabalho, em especial a minha esposa pelo seu apoio.

Resumo

HIDALGO, Miguel Salinas. **Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS Alberto Lima, Santana-AP.** 2015. 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.

O envelhecimento populacional é uma resposta à mudança de alguns indicadores de saúde, especialmente à queda da fecundidade, da mortalidade e o aumento da esperança de vida. Consideram-se idosos aquelas pessoas com 60 anos ou mais. No Brasil, estima-se que existam, atualmente, cerca de 17,6 milhões de idosos e as expectativas de vida média em 2012 eram de 74,6 anos, sendo 77,7 para mulheres e 70,6 para os homens. A intervenção teve como objetivo geral melhorar a atenção a Saúde dos Idosos da UBS Alberto Lima do município Santana, AP. Optou-se por realizar uma intervenção com o intuito de desenvolver todas as ações possíveis propostas para a população Idosa, pois tínhamos alguns pontos críticos. Segundo o caderno de atenção programática (CAP) tínhamos cadastrados 687 idosos em nossa área, uma cobertura de 91%, 92% dos idosos com orientação para atividade física regular, 43% com acompanhamento em dia, 68% portadores de Hipertensão arterial sistêmica, 50% com Diabetes mellitus e só o 3% deles com avaliação de risco para morbimortalidade. Além disto, não tínhamos nenhum idoso com a caderneta de saúde da pessoa idosa, com a realização de avaliação multidimensional rápida, com a investigação de indicadores de fragilização na velhice e nem com a avaliação de saúde bucal em dia. Assim, realizamos nossa intervenção entre os meses de abril a junho de 2015, onde desenvolvemos ações que contemplaram os quatro eixos pedagógicos (organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, engajamento público e qualificação da prática clínica). Conseguimos atingir nosso objetivo central, de qualificar a atenção a Saúde dos Idosos desenvolvendo uma assistência integral e humanizada aos mesmos. Tivemos como principais resultados a ampliação da cobertura da atenção aos idosos para 52% (357), melhoramos a qualidade da atenção aos idosos através da avaliação multidimensional rápida em dia a 99,4% destes, realizamos o exame clínico apropriado a 99,2%, incluindo exame físico dos pés e da medida da sensibilidade para diabéticos. Realizamos a solicitação de exames complementares periódicos a 98,4%; priorizamos a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 76,5%; realizamos avaliação da necessidade de atendimento odontológico a 97,5%; rastreamos para Hipertensão Arterial Sistêmica 99,4% e rastreamos 99,5% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial (HTA) para Diabetes Mellitus (DM). Cadastramos 32,5% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção, realizamos visita domiciliar a 100% deles e a ofertamos a primeira consulta odontológica a 23,2%. Propiciamos também uma melhor adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso, já que fizemos busca ativa dos idosos faltosos às consultas programadas (88,2%). Melhoramos o registro das informações a 71,7% dos idosos, mapeamos os idosos de risco da área de abrangência investigando 100% dos mesmos com presença de indicadores de fragilização na velhice. Obtivemos um excelente resultado na promoção da saúde, com 98,9% destes orientados sobre hábitos alimentares, prática regular de atividade física e para orientações sobre higiene bucal. O impacto da intervenção já tem sido percebido pela comunidade. A intervenção foi muito importante para o serviço e assim, vamos incorporar às ações

as rotinas do serviço.

Palavras-chave: Saúde da família; Atenção Primária à Saúde; Saúde do idoso; Assistência Domiciliar; Saúde Bucal.

Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.	58
Figura 2	Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia	59
Figura 3	Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia	60
Figura 4	Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia	61
Figura 5	Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.	62
Figura 6	Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.	63
Figura 7	Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta.	64
Figura 8	Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta.	65
Figura 9	Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	66
Figura 10	Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.	67
Figura 11	Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa	68
Figura 12	Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia	69
Figura 13	Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia	71
Figura 14	Proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia.	73

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos.

ACS Agente comunitário da Saúde

CAP	Caderno de ações programáticas
-----	--------------------------------

DM Diabetes mellitus

ESF	Estratégia da Saúde da Família
-----	--------------------------------

ESB Equipe de Saúde Bucal

HAS	Hipertensão arterial sistêmica.
-----	---------------------------------

SUS Sistema Único de Saúde

UBS	Unidade básica de saúde
-----	-------------------------

UFPEL Universidade Federal de Pelotas

Sumário

Apresentação	9
1 Análise Situacional	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	11
1.2 Relatório da Análise Situacional	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	22
2 Análise Estratégica	23
2.1 Justificativa	23
2.2 Objetivos e metas	25
2.2.1 Objetivo geral	25
2.2.2 Objetivos específicos e metas	25
2.3 Metodologia	27
2.3.1 Detalhamento das ações	27
2.3.2 Indicadores	27
2.3.3 Logística	49
2.3.4 Cronograma.....	57
3 Relatório da Intervenção.....	61
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	61
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	63
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	63
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	64
4 Avaliação da intervenção.....	65
4.1 Resultados.....	65
4.2 Discussão	82
5 Relatório da intervenção para gestores	87
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	90
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	93
Referências	95
Apêndices.....	Erro! Indicador não definido.
Anexos	96

Apresentação

Tomando como referência a população e localização estratégica pode-se dizer que Santana foi contemplada. Assim, foi em busca de parcerias com os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito municipal que se encontram vinculados à área de abrangência de nossa UBS que procuramos colocar a importância de nossa presença como reforço pela execução dos serviços de atenção primária, principalmente pela questão deste serviço ser prestado em parceria com o curso de Especialização em Saúde de família e Comunidade da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL).

Sendo assim, procuramos através da elaboração do projeto de intervenção voltado para melhoria da atenção à saúde dos idosos, intervir na comunidade da UBS Alberto Lima, Santana-AP, através da atualização cadastral dos usuários, busca ativa, educação em saúde, realização de exames, consultas de rastreio e qualificação das atividades. Procuramos adequar nosso atendimento aos princípios propostos pelo SUS como Universalidade, Equidade e Integralidade.

O volume está organizado em sete unidades de trabalho, sequenciais e interligadas. Na primeira parte observamos a análise situacional desenvolvida na unidade um do curso. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade dois. A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizado ao longo de 12 semanas durante a unidade três do curso. Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade quatro. Na quinta e sexta parte, apresentamos o relatório para o gestor de saúde do município Santana e o relatório para a comunidade que foi atendida da nossa área de abrangência. Na sétima e última parte a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no

decorrer do curso e da implementação da intervenção. Finalizando o volume, estão os anexos utilizados durante a realização deste trabalho.

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

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

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Eu trabalho na unidade básica Alberto Lima do município Santana. Nossa Unidade Básica de Saúde (UBS) tem boa estrutura, funciona como uma policlínica, onde funcionam todos os serviços de recepção dos usuários, tem sala de espera, de vacinação, farmácia, sala de triagem, de curativos, sala de informação, laboratório, cozinha, dois banheiros, direção e consultórios.

Nesta se oferecem quase todos os serviços de saúde, como consulta com médicos gerais e também dispomos de consultas com outras especialidades médicas como Ortopedia, Odontologia, Pediatria, Oftalmologia, Dermatologia e Gastrenterologia. Além destes também dispomos de atendimento psicológico. Desenvolvemos ações como coleta de exame de Papanicolau, no entanto não temos Ginecologista. Assim, nossas grávidas são encaminhadas ao centro de diagnóstico da mulher. Além disto, a unidade só têm quatro salas de consultas que são utilizadas pelas cinco equipes de saúde da família ESF e os médicos de outras especialidades já mencionadas. Dividem-se as horas de trabalho entre as consultas na Unidade e a maior parte de as horas se dedica para visita domiciliar e ações de saúde na comunidade.

Nossa equipe de Saúde está composta por uma Enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, sete agentes comunitários de saúde (ACS), um Odontólogo e temos um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), composto por Psicologista, Nutricionista, Fisioterapeuta e Assistente social que trabalham junto com nossa equipe, mais ainda devemos desenvolver uma melhor interação entre eles, porque eles atendem a outras equipes também e não tem muitas vagas disponíveis.

A enfermeira é a chefe da equipe e os profissionais da equipe têm conhecimentos básicos do trabalho da atenção primária da saúde. Nossa equipe

está se reunindo uma vez por mês para avaliação da produção individual e coletiva. Como estratégia para propiciar mais ações na comunidade, nossa equipe está fazendo atividades de saúde em igrejas colégios e moradias da própria área, com a participação dos líderes comunitários.

Temos uma população de mais de 4.120 habitantes com uma grande quantidade de pessoas idosas, acamados, cadeirantes, Diabéticos, Hipertensos, e outras doenças crônicas não transmissíveis, assim como grávidas e lactentes. Até agora os principais problemas de saúde encontrados na nossa comunidade são as doenças infecciosas. Nossa Equipe cumpre os princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS) de integralidade, qualidade, equidade e participação social da comunidade.

1.2 Relatório da Análise Situacional

A UBS onde atuo é denominada de Alberto Lima, localizada no município de Santana, no sudeste do estado do Amapá. Têm um clima tropical chuvoso, temperatura média de 28°C e a população estimada em 2013 foi de 108.897 habitantes. Sobre a economia, no setor primário predominam a criação de gado bovino, bubalino e suíno, a atividade pesqueira e a extração da madeira, além da venda de produtos tipicamente nortistas, como madeira e açaí (WIKIPÉDIA, 2015).

O município apresenta um sistema de saúde organizado, onde todas as UBS funcionam em rede, formando o SUS do mesmo, coordenado pela secretaria municipal de saúde. Existe um hospital municipal com serviço de pronto socorro com 18 leitos, ambulatório, internação clínica com oito leitos, pediatria com 12 leitos, sala de maternidade com 35 leitos, serviço de cirurgia geral com nove leitos e uma unidade de cuidados intensivos (UTI) com quatro leitos. A atenção básica está baseada no modelo da estratégia da saúde da família, com um total de dez UBS e quatro UBS com 30 equipes de saúde da família (ESF), quatro equipes de apoio à saúde da família (NASF), 16 equipes de saúde bucal, um centro de diagnóstico de atenção da saúde da mulher, um centro de reabilitação, uma policlínica de especialidades que oferece serviços de oftalmologia, urologia, cardiologia, ortopedia, gastroenterologia, mastologia e otorrinolaringologia, um laboratório municipal que realiza a análise de todas as amostras coletadas nas unidades e no

centro, um centro de atenção psico-social Álcool e Drogas (CAPS AD) e um centro de vigilância em saúde.

A UBS Alberto Lima pertence à área urbana do município e oferece um serviço com cinco equipes de saúde da família, compostas por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e ACS (em número variando entre seis e nove por cada equipe). A unidade possui vínculo com instituições de ensino de saúde, especificamente com estudantes da Faculdade Madre Teresa que agora estão fazendo o curso de enfermagem. Também tem vinculação com escolas da comunidade onde realizamos diferentes campanhas propostas pelo Ministério da saúde.

No que diz respeito à estrutura física da nossa UBS, comparando-a com o Manual de Estrutura Física das UBS, a mesma apresenta uma construção adequada para atender as necessidades de todos os usuários, possuindo uma recepção mediana; colocação de placas de identificação dos serviços existente e sinalização dos fluxos; ventilação adequada na maioria dos ambientes com janelas de cristal; boa iluminação; pisos laváveis com superfície regular e paredes de cobertura lisa não lavável.

Em relação aos ambientes, nossa unidade possui uma sala de recepção, uma sala de espera para 30 pessoas com cadeira adequadas, uma sala de prontuários em segurança com acesso fácil à recepção e triagem, administração e gerência, uma farmácia, uma sala de vacina, uma copa /cozinha, quatro consultórios que não possuem banheiro, cadeira para acompanhante e nem mesa adequada para exame ginecológico. Nossa UBS não possui sala dos Agentes Comunitários de saúde (ACS) e sala de reunião. No momento é difícil realizar uma atenção de qualidade, pois nos falta especialistas como ginecologista e pediatra, que são duas especialidades muito importantes. Assim encaminhamos nossas gestantes e crianças a outras unidades. Também realizamos as reuniões da equipe para planejamento das ações em espaço reduzido. Nesta unidade trabalham 5 equipes da saúde da família, com definição territorial para cada uma destas. O espaço físico é compartilhado entre os diferentes profissionais. Além do atendimento na UBS, fazemos visitas e consultas domiciliares, atividades educativas em escolas, igrejas, mantendo deste jeito um atendimento que supera as limitações estruturais.

Em relação às barreiras arquitetônicas, minha UBS tem cadeira de rodas, rampas sem corrimãos que não permite maior acessibilidade possível aos indivíduos

idosos e portadores de deficiência com segurança. Também não são adequadas as calçadas da área próxima à UBS, não possuímos banheiros para deficientes e nem internet. No entanto, sempre que possível realizamos atenção domiciliar garantindo o medicamento deste usuário. As deficiências de minha UBS são do conhecimento da secretaria de saúde, e acreditamos que é possível solucionar estes problemas. Nossa equipe trabalha para conseguir atender até 85 % dos problemas de saúde da comunidade para cumprir com o sugerido no manual de estrutura física das UBSs.

Quanto ao sistema de manutenção e reposição de equipamentos e revisão da calibragem de esfigmomanômetro e balança, não existe nem para a UBS e nem no Município, dependemos de serviços privados. Contamos com um esfigmomanômetro (um adulto e um pediátrico), um sonar para cada equipe, mas todos os profissionais têm os próprios equipamentos para contribuir na qualidade da atenção.

Com relação aos medicamentos que segue as recomendações para o Elenco de Referência Nacional, Medicamentos integrantes da Relação Nacional de Medicamentos (RENAME), em nossa UBS não têm a maioria e outros não é suficiente, o que dificulta os atendimento e desconforto na população. Um exemplo é que só temos dois Hipotensores, não temos medicamentos para a Epilepsia, Hiper e Hipotireoidismo, entre outros, e os usuários tem que comprar em farmácia e muitos é idoso ou deficiente com baixa renda. Tudo isto é de conhecimento de Secretaria de Saúde e alegam que esta dificuldade está em via de solução.

Referente ao acesso e atendimento especializado, em nossa UBS não dispõe de Pediatra nem Ginecologista, onde realizamos encaminhamento para outras UBS e Hospitais. Quanto ao programa de vacinas, todas existem e se cumpre com o programa de vacina a idoso, nas escolas, nas crianças e nas gestantes.

Em nossa UBS não fazemos atendimento de urgências, sendo que a população por conhecer isto, se desloca até o pronto socorro do município. Não temos internet e possuímos dois computadores, mas não são para uso dos médicos. Ainda falta muito para que as diretrizes e preceitos do SUS sejam realidade em nossa UBS, no entanto nossa dinâmica de trabalho é sempre acima de quaisquer problemas, oferecendo sempre um serviço de qualidade em todos os aspectos. Como solução, acreditamos que é importante o apoio dos gestores, secretarias e governo, mas nós também desempenhamos um papel importante, e por isto que devemos seguir trabalhando em função de resolver as limitações existentes e ofertar

uma atenção de qualidades para nossa população.

A UBS, em geral, cumpre com a maioria das atribuições dos profissionais, mas ainda assim, apresentamos algumas deficiências na organização dos serviços. Estamos formando grupos de saúde, e nossa atuação nestes é fundamental. Possuímos grupo de diabéticos, hipertensos, mas faltam grupos de adolescentes, planejamento familiar, idosos e saúde da mulher. Eu como médico participo das atividades da educação de todos os membros da equipe, realizo consultas clínicas, cumpro com a jornada laboral, faço encaminhamento a outros pontos de atenção sempre seguido dos protocolos. Temos um NASF que trabalha junto com nossa equipe, mais ainda devemos desenvolver uma melhor interação entre eles e nós. Em este tópico a principal dificuldade é que existe uma Sala de Reabilitação em nosso município, mas não tem todo o equipamento necessário para o tratamento e reabilitação dos usuários. Às vezes estes são encaminhados pelos médicos aos fisioterapeutas, mas os usuários não conseguem realizar o tratamento completo, pois não dispomos dos aparelhos. Existe um levantamento dos usuários moradores da área de abrangência que necessitam receber cuidado domiciliar. Criamos uma pasta com todos os usuários que precisam visitas domiciliar e colocamos a frequência das visitas domiciliar, dependendo da doença e do estado do usuário. Este trabalho é bem acolhido pela comunidade.

Realizamos atividades e procedimentos no domicílio, como curativo, orientações (educação em saúde e cuidados de saúde, medir a pressão, consulta médica e de enfermagem, entrega medicamentos, medicação oral e injetável, vacinação, trocar sonda, revisão puerperal). As reuniões de equipe são uma vez por mês com os membros da equipe de saúde, mas não contamos com a presença de outros membros como são os gestores públicos, membros do conselho local, entre outros. A enfermeira realiza suas consultas, procedimentos, de curativos, solicita exames complementários e encaminha o usuário quando for necessário. Também participa do gerenciamento dos insumos para o adequado funcionamento da UBS.

Em geral os agentes de saúde trabalham na atualização do cadastro das famílias fazendo atividades programadas em conjunto com a equipe considerando os critérios de risco e vulnerabilidade e ficam em contato permanente com as famílias. Acredito que muitos agentes de Saúde ainda não reconhecem a importância do seu desempenho para o bom funcionamento do nossa equipe. Nós temos que nos preocupar com a sua preparação profissional, ajudar e aconselhar

em tudo o que precisam, eu tenho certeza que nós estaremos fazendo mudanças pouco a pouco, temos um longo caminho, ninguém disse que seria fácil, mas juntos vamos conseguir elevar a qualidade de vida e saúde do povo.

Quanto ao perfil demográfico da área de abrangência posso dizer que temos uma predominância do sexo feminino sobre o masculino e a faixa etária é semelhante na distribuição brasileira; verifica-se o predomínio de jovens e adultos jovens com tendências ao aumento das pessoas adultas e idosos, em virtude do aumento da expectativa de vida reflexo do desenvolvimento do país. O número de equipes em minha UBS não é adequado para o tamanho da população de nossa área de abrangência, pois segundo o último cadastro realizado em 2013 temos uma população de 14641 pessoas, para cinco equipes de saúde da família. Minha equipe tem 4210 pessoas cadastradas, no entanto nem todas as equipes tem a mesma quantidade de população, assim para a adequação de nossa UBS seria preciso mais duas equipes em toda a UBS. A secretaria de saúde de nosso município fica trabalhando para que cada equipe tenha a mesma quantidade de pessoas. Outro problema constatado é que muitos usuários não são da nossa área de abrangência, são do interior e ficam aqui só para fazer o pré-natal, e isto dificulta muito o cadastramento.

Na nossa policlínica a demanda espontânea não é um problema, pois todo aquele que chega é muito bem acolhido e atendido pelo médico, enfermagem e pessoal que fica trabalhando na hora, facilitando acessibilidade ao serviço, pois se faz recepção do usuário na sala de espera, se faz triagem na sala de triagem fazendo também classificação deles. Se não existem usuários em estado de urgência, os demais usuários são atendidos por ordem de chegada. Quando alguém tem uma demanda espontânea oferecemos atendimento imediato explicando aos usuários a situação. O acolhimento em minha policlínica é feito por diferentes integrantes de equipe de saúde. Por exemplo, o usuário que vem para a odontologia o acolhimento é feito pela auxiliar de odontologia, já os usuários que chegam para coleta PCUU e pré-natal o acolhimento é feito pela enfermagem. Os usuários que vêm para a consulta médica são acolhidos pela técnica de farmácia. Não existe uma equipe de acolhimento, o acolhimento é feito de forma mista.

Em nossa UBS as consultas de puericulturas são ofertadas todos os dias da semana por os médicos e enfermeiras capacitadas, onde se atende com mais prioridade as crianças menores de um ano. Quando temos alguma criança doente

imediatamente são atendidas sem a necessidade de agendamentos. Como não dispomos de pediatria em nossa UBS, nos casos mais graves realizamos o encaminhamento para o pronto socorro ou outra UBS onde existe pediatria. Não temos dificuldades com os atendimentos e cuidados da criança, pois contamos com uma sala de vacinação onde todas as vacinas são feitas, nossa equipe fica sempre atenta para que nenhuma criança fique sem as vacinas e sem atendimento médico em caso que necessite, fazemos as visitas domiciliares para orientar as mães sobre a importância de assistir as consultas.

Os indicadores de cobertura de saúde da criança são desfavoráveis, temos cifras muito abaixo das estimativas, eu acho que isto se deve fundamentalmente às dificuldades no cadastramento da população que ainda não atinge os 100%. Por exemplo, do total de 309 estimadas pelo caderno de ações programáticas para minha UBS só temos 183 nos últimos 12 meses. Como já foi descrito existem muitas mães que não são de nossa área de abrangência e só ficam para fazer o pré-natal e logo voltam para sua área no interior, sendo muito difícil dar seguimento as ações para estas crianças após seu nascimento. Os indicadores de qualidades das crianças em minha UBS são bons, pois das 183 crianças que foram atendidas os últimos 12 meses, todas realizaram triagem auditivo, teste do pezinho, monitoramento de desenvolvimento na última consulta e orientações para prevenção de acidente e aleitamento materno exclusivo. Somente quatro crianças das 183 residentes na área e acompanhada na minha UBS receberam avaliação de saúde bucal. Pois no ano passado não existia odontólogo em nosso posto de saúde. A captação das crianças para oferecer um acompanhamento do crescimento e desenvolvimento acontece o mais cedo possível. As ações como: cuidados de recém-nascido, o estímulo ao aleitamento materno, orientação alimentar e imunizações, a prevenção de acidentes e doenças agudas, além da visita domiciliar realizada pelo agente comunitário de saúde e os integrantes da equipe básica, envolvem toda a família, que deve estar bem informada para ter uma participação ativa no desenvolvimento da criança. Desse jeito garantimos uma educação para a saúde e uma humanização da atenção.

Na UBS antes de nossa chegada o Atendimento Pré-Natal e Puerpério eram realizados só pela enfermeira, agora não temos dificuldades com esse tema, pois estamos trabalhando em conjunto. Realizamos a programação de acordo com os protocolos existentes, alternando uma consulta com a enfermeira e outra comigo,

com todas as avaliações pertinentes e os encaminhamentos. Fizemos um grupo de gestantes que funcionam todos os meses muito bem, com a participação dos 50 % delas. As visitas a puérperas é feita pela equipe de saúde completa, no tempo estabelecido, com todas as avaliações de qualidade a 100 % delas. Aqui também temos um problema, como nosso município é fronteira com outro estado e a zona é de difícil acesso, tem puérperas que ficam em outros municípios pelo qual às vezes é impossível para nós fazer o acompanhamento delas. Os dados colocados no questionário foram obtidos a partir da coleta de dados mensais entregados pelos profissionais através dos diferentes sistemas de informação. Temos uma cobertura alta de todas as grávidas cadastradas, atendidas, vacinadas, por tanto, com consultas planejadas, com atendimento contínuo, acompanhamento ginecológicos e laboratoriais, atendimento odontológico e psicológico. Se preciso se encaminham para o Centro de saúde da Mulher onde tem ginecologista já que em nossa UBS não temos.

Os indicadores de cobertura de atenção ao pré-natal e ao puerpério são desfavoráveis, temos cifras muito por debaixo das estimativas, eu acho que isto se deve fundamentalmente às dificuldades no cadastramento da população que ainda não atinge aos 100%. Por exemplo, temos somente 126 gestantes que fizeram o Pré-natal nos últimos 12 meses, do total de 309 estimadas pelo caderno de ações programáticas para minha UBS. Não entanto os indicadores de qualidade do pré-natal e do puerpério são mais favoráveis. Os indicadores de qualidades das gestantes em minha UBS são bons, por exemplo, das 126 gestantes que foram atendidas nos últimos 12 meses, para todas foram solicitados exame na primeira consulta, prescrito o uso de sulfato ferroso e receberam orientações sobre aleitamento materno exclusivo e realizaram a avaliação de saúde bucal. A dificuldade maior é que a maioria não deixa fazer o exame ginecológico, como trabalhamos na zona rural o povo é mais conservador e com costumes antigos, mas continuamos com as atividades educativas e procurando estratégias para solucionar esse problema. Temos que trabalhar nas consultas e as visitas domiciliares na educação da população em geral e especialmente as mulheres em idade fértil e as grávidas.

Na parte de puerpério, o número de mulheres que fizeram consulta de puerpério em minha UBS foi 67 do total de 309 que deveriam ter consulta pelo caderno de ações programáticas. Este indicador ficou muito abaixo do estimado,

muito parecido ao indicador de qualidade de puerpério, já que só 8 % destas fizeram exames ginecológicos. Acreditamos que para ampliar a cobertura de atenção à gravidez e ao puerpério na minha UBS devemos trabalhar mais no cadastro até chegarmos a 100% da população cadastrada. Devemos aumentar as atividades de educação em saúde para promover a importância da atenção pré-natal e do puerpério na população e para melhorar a qualidade da atenção da gestação e do puerpério na unidade. A educação continuada da equipe é fundamental para que possamos cumprir com os protocolos de atendimento fornecidos pelo Ministério da Saúde. Realizar educação com as usuárias em idade fértil para controlar seus fatores de risco antes de gravidar e promover na população a importância da captação precoce da gestação e melhorar esse indicador. Faz-se necessário existir no município uma equipe multidisciplinar incluindo obstetra e odontólogo para avaliar às gestante da área. Na atualidade temos essas deficiências no município que afetam a qualidade de nossos serviços e impossibilitam nos alcançar as metas propostas pelo SUS de melhorar as taxas de morbimortalidade materna infantil.

Em nossa UBS as enfermeiras fazem exames citopatológico quatro vezes na semana pela manhã e pela tarde também se agenda e se fala para a usuária quando tem que realizar o próximo preventivo. Além disso, o estimado pelo Caderno de Ações Programáticas indica que em nossa UBS deve ter 3101 mulheres entre 25 e 64 anos, e só temos cadastradas 1689, correspondendo a 54%. Destas somente 735 realizou o preventivo, o que confere que nossos indicadores de qualidade ficam muito abaixo estimados. Só temos um registro dos cito patológicos realizados, não temos arquivos específicos. No entanto devemos continuar cadastrando a população feminina de nossa área de abrangência. Nas consultas e visitas domiciliares os médicos, enfermeiras e ACS orientam a mulheres sobre a prevenção de câncer de colo de útero e sobre a prevenção de DST, explicando o uso da camisinha. Ainda devemos trabalhar muito na educação da conscientização tanto das mulheres quanto dos parceiros sobre o uso do preservativo.

Com relação ao controle do Câncer de Mama, em nossa UBS fazemos na consulta orientação de atividade física para o controle do peso corporal das mulheres, diminuindo a chance de desenvolvimento da obesidade. São realizadas ações que orientam sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool, de educação da mulher para o reconhecimento dos sinais e sintomas do Câncer de Mama, assim como ações de rastreamento deste câncer, que inclui o exame clínico

de mamas e solicitação de Mamografia. Estas atividades são feitas todos os dias da semana em todos os turnos, pelo Médico e Enfermeira. Temos algumas dificuldades em nosso município no cadastramento das mulheres com mamografia feita e os resultados das mesmas porque não temos o aparelho de mamografias do SUS e então a maioria das vezes o controle é deficiente. Além disso, oferecemos diariamente as orientações a todas as mulheres para cumprir com as metas propostas pelo Ministério de Saúde e em conjunto a ajudar a elevar todos estes indicadores em nossa UBS.

Com relação aos usuários com Hipertensão (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) existe em nossa UBS o grupo de Hiperdã, que funciona uma vez por mês, no salão da comunidade, onde primeiramente realizamos uma palestra, após fazemos a medição da tensão arterial (TA) e logo a entrega de medicação. Aqueles que estão com a TA elevada se encaminha para consulta, para fazer um melhor acompanhamento e buscar a causa desta alteração. Também oferecemos consultas e acompanhamento destes usuários com a nutricionista no posto de saúde. As consultas médicas para todos os usuários com estas duas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), são realizadas todos os dias da semana, com agendamentos, e acontecem em todos os turnos de trabalho. Realizamos visitas domiciliares onde também verificamos TA e acompanhamos se estão fazendo uso correto da medicação. Contamos com uma equipe de saúde bucal, mas ele não funciona corretamente. Em situações que necessitam de uma avaliação oftalmológica, contamos na unidade central com um oftalmologista. Não temos um arquivo específico para os registros dos atendimentos dos adultos com estas doenças. A equipe não conta com profissionais que se dedicam à avaliação e ao monitoramento das ações dispensadas aos usuários com HAS e DM. Na minha UBS são realizadas ações para o controle do peso corporal dos portadores de HAS e/ou DM da área de cobertura, estímulo à prática regular da atividade física, orientações sobre os malefícios do tabagismo, orientação de hábitos alimentares e orientações sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool.

Segundo o caderno de ações programáticas só temos cadastrados 28% de usuários hipertensos e 38% de diabéticos, ficando muito longe das estimativas de nossa população, mas estamos trabalhando para melhorar estas estatísticas e conseguir cadastrar 100% da população. Temos uma meta em fazer mais grupos de usuários e trabalhar de maneira diferente com eles, ofertando avaliações por outros

especialistas como anfibologistas, cardiologistas e endócrinos.

Nossa UBS realiza atendimento de idosos todos os dias da semana em todos os turnos, atendemos idosos de nossa área da abrangência, onde têm prioridade. Existe demanda de idosos para atendimento de problemas de saúde agudos, alguns idosos não têm doenças crônicas, e há idosos que só consultam quando tem doenças agudas. Temos quatro grupos dos idosos. Segundo o cadastro da nossa UBS temos cadastrados 687. Realizamos acolhimento a pessoas idosas de forma humanizada, na perspectiva de uma abordagem integral e resolutive, possibilitando a criação de vínculos com ética, compromisso e respeito, prestamos atenção contínua às necessidades de saúde da pessoa idosa, articulada com os demais níveis de atenção, com vistas ao cuidado longitudinal ao longo do tempo.

Todo idoso que consulta a UBS é acolhido, oferecendo-se uma atenção humanizada com orientação, acompanhamento e apoio domiciliar, com respeito aos seus direitos e liberdade, acolhimento e escuta ativa de todos os trabalhadores da UBS. Temos demanda espontânea dos idosos, mas todo idoso que precise atendimento médico é acolhido, escutado e atendido, respeitando seus direitos. Posso dizer que nenhum idoso fica sem atendimento e tem prioridade na atenção médica. Os atendimentos dos idosos são registrados no prontuário clínico, no entanto não temos caderneta de saúde da pessoa idosa. O clínico geral e Enfermeira explicam ao idoso ou seus familiares como reconhecer sinais de risco relacionados aos problemas de saúde de maior prevalência dos idosos, tais como Hipertensão, Diabetes e Depressão, além disso, realizam o cuidado domiciliar de idosos.

Concluindo, considero os maiores desafios que apresenta minha UBS são: Conseguir que todas as equipes tenham o número dos usuários adequado e fomentar a formação dos conselhos de saúde comunitário. Realizar o cadastramento total da população da área de abrangência, bem como fazer a captação de puerpério e recém-nascido na primeira semana depois do parto. Em conjunto com a secretaria de saúde fazer com que os Odontologistas trabalhem integrados as nossas equipes para oferecer um excelente atendimento aos usuários e uma melhor qualidade de vida à população brasileira. O maior desafio na atenção às pessoas idosa é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, elas possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível. Essa possibilidade aumenta na medida em que a

sociedade considera o contexto familiar e social e consegue reconhecer as potencialidades e o valor das pessoas idosas.

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

Comparando o texto inicial em resposta a pergunta “Qual a situação da ESF/APS em nosso serviço?”, posso dizer que ainda faltam muitas coisas por fazer por parte nossa e também por parte da secretaria de saúde, refiro-me aos desafios que já falei acima. Realmente eu estou muito feliz com os resultados de trabalho conseguidos até agora. Logramos cadastrar uma maior parte da população, bem como, uma maior quantidade de gestantes, crianças e usuários com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, que nunca antes tinham feito exames nem pesquisa destas doenças. Além, consegui uma melhor relação entre todos os membros da minha equipe e boa empatia com nossos usuários.

Como estratégias de nossa equipe para ajudar com a falta de medicamentos, utilizamos sempre que possível, os medicamentos da UBS e encorajamos o uso da terapia homeopática e medicina natural baseada em nossos conhecimentos. Outra coisa muito positiva que realizamos na UBS foi aumentar o número das visitas domiciliares e as mini ações de saúde na comunidade, para deste jeito ajudar naqueles idosos que tem dificuldade para o transporte até a mesma. Em geral quando fazemos estas mini ações de saúde, é quase como uma consulta porque interpretamos e solicitamos exames, fazemos exame físico e indicamos orientações e medicamentos a toda a comunidade. É muito bom já que também ficamos muito perto dos usuários de risco e aquelas crianças e gestantes faltosas a consultas.

A principal diferencia entre os dois textos é que antes da intervenção a situação em minha UBS era muito ruim e depois com nosso trabalho melhora muito, fundamentalmente a Atenção a Saúde dos idosos.

Toda nossa equipe tem cada dia mais desejos e mais vontade de continuar com essa luta maravilhosa pela saúde do povo brasileiro.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A longevidade é, sem dúvida, um triunfo. O envelhecimento populacional é uma resposta à mudança de alguns indicadores de saúde, especialmente à queda da fecundidade e da mortalidade e o aumento da esperança de vida. O mundo está envelhecendo. Estima-se que, para o ano de 2050, existam cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos ou mais no mundo, a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento. No Brasil, estima-se que existam, atualmente, cerca de 17,6 milhões de idosos. Fazendo uma análise das características do processo de envelhecimento da população brasileira, segundo o portal saúde, em outubro deste ano, a população brasileira total era de 201,5 milhões, sendo 26 milhões de pessoas idosas, correspondendo a 13% da população total. As expectativas de vida média em 2012 eram de 74,6 anos, sendo 77,7 para mulheres e 70,6 para os homens. Isto pode ser atribuído à heterogeneidade dos processos de envelhecimento influenciada por fatores, socioeconômicos acessam a serviços públicos, hábitos de vida e aspectos culturais. As doenças crônicas mais prevalentes nesta população são: Hipertensão (53%), Artrites (24%), Doenças do Coração (17%), Diabetes (16%), Depressão (12%), sendo que 69% da população idosa têm pelo menos uma dessas doenças, segundo a secretaria dos direitos humanos presidência da república para a pessoa idosa (BRASIL, 2006; BRASIL, 2010).

A Ação programática escolhida para realizar a intervenção foi a Atenção a Saúde dos Idosos, porque em nossa UBS é um programa muito importante e um dos principais motivos de consultas. Acreditamos que a realização da intervenção será fundamental para melhorar a situação da atenção à saúde em nossa unidade. Nossa UBS realiza atendimento de idosos todos os dias da semana em todos os turnos, atendendo os idosos da nossa área da abrangência, onde os mesmos têm

prioridade. Existe demanda de idosos para atendimento de problemas de saúde agudos, alguns idosos não têm doenças crônicas, e há idosos que só consultam quando tem doenças agudas. Temos quatro grupos dos idosos.

Segundo o caderno de ações programáticas temos uma estimativa de 749 idosos e até agora cadastramos 687. Neste sentido acreditamos que estamos fazendo um bom trabalho. Realizamos acolhimento a pessoas idosas de forma humanizada, na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos com ética, compromisso e respeito, prestamos atenção contínua às necessidades de saúde da pessoa idosa, articulada com os demais níveis de atenção, com vistas ao cuidado longitudinal ao longo do tempo. Todo idoso que consulta a UBS é acolhido, oferecendo-se uma atenção humanizada com orientação, acompanhamento e apoio domiciliar, com respeito aos seus direitos e liberdade, acolhimento e escuta ativa de todos os trabalhadores da UBS. Temos demanda espontânea dos idosos, mas todo aquele que necessita do atendimento médico é acolhido, escutado e atendido, respeitando seus direitos.

Os atendimentos dos idosos são registrados no prontuário clínico, no entanto não temos caderneta de saúde da pessoa idosa. O clínico geral e Enfermeira explicam ao idoso ou seus familiares como reconhecer sinais de risco relacionados aos problemas de saúde de maior prevalência dos idosos, tais como Hipertensão, Diabetes e Depressão. Além disso, realizamos as visitas domiciliares dos idosos, que constituem umas das prioridades do trabalho nas ESF. Objetivo da equipe é melhorar o acompanhamento destes usuários com atraso da consulta agendada, melhorar os indicadores e fazer mudanças positivas.

O envelhecimento da população é um desafio para o qual a sociedade deve ser preparada e pode ser considerado um risco, se não estivermos dispostos a fazê-lo. Precisa-se de uma saúde muito bem integrada e de um sistema de assistência social amparado pelos serviços sociais, para atender às demandas dos idosos. Por outro lado, é necessário educarmos a população sobre a necessidade do envelhecimento saudável, pois muitas vezes na terceira idade, requer atenção devido as suas particularidades. Assim todos os profissionais devem ser treinados para fazer a avaliação multidimensional para os idosos, identificando problemas que podem acometê-los nesta faixa etária.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde do Idoso na UBS Alberto Lima, Santana-AP.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

Relativas ao Objetivo 1. Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso na UBS Alberto Lima.

Meta 1.1. Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da na UBS Alberto Lima para 100%.

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

Meta 2.1. Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência 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 três meses para diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Relativas ao Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

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

Relativas ao Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos.

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

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

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

2.3 Metodologia

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

2.3.1 Detalhamento das ações

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

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

AÇÕES DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Acolher os idosos.

Detalhamento: Este acolhimento será realizado todos os dias na UBS e nos dois turnos de trabalho. Os encarregados serão as pessoas que fazem a triagem em nossa UBS, neste caso as técnicas de enfermagem das equipes que encaminharão o idoso para o serviço que precise nesse momento, depois de classificados os mesmo pela escada de prioridade e de ter localizado o prontuário e a ficha espelho do mesmo.

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

Detalhamento: Nossa equipe vai fazer uma atualização do cadastro dos idosos através dos ACS em cada uma de suas áreas, com uma atualização trimestral.

AÇÕES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: Esta ação vai ser acompanhada pela enfermagem em conjunto com os ACS quinzenalmente, onde irão avaliar e atualizar o preenchimento da ficha espelho dos idosos cadastrados no programa pertencentes a nossa unidade de saúde, até atingir o 100% de cobertura proposto na meta.

AÇÕES DE ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos em realizar o acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na UBS. O médico, enfermagem e os ACS em conjunto farão palestras, visitas domiciliares e dinâmicas grupais semanalmente, com o objetivo de aumentar o domínio sobre este tema na comunidade.

AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe no acolhimento aos idosos.

Detalhamento: Capacitação da equipe da unidade de saúde para a Política Nacional de Humanização, com o objetivo de melhorar o acolhimento para que este seja o mais natural e fluido possível, atendendo as necessidades dos usuários.

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

Detalhamento: Estas capacitações vão a ser feitas pelo médico e a enfermeira, e as mesmas acontecerão mensalmente. Os temas serão sobre atualização do acolhimento, busca ativa dos idosos, fluxograma de riscos, estratificação dos usuários pela classificação de cores e outros temas de inteiros.

Objetivo 2 : Melhorar a qualidade da atenção ao Idoso.

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

AÇÕES DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

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

Detalhamento: Estas ações serão da responsabilidade do médico e da enfermagem, quem vão garantir os recursos necessários para aplicação da

Avaliação Multidimensional Rápida. Além disso, estabeleceremos semanalmente quais atividades serão feitas por cada um dos integrantes da equipe. Todos os ACS vão ser responsáveis pelo preenchimento dos dados iniciais das fichas espelhos de seus idosos, assim como participarão na maioria das avaliações multidimensionais realizadas pelo médico nas consultas e nas visitas domiciliares.

AÇÕES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: O médico e a enfermagem vão a fazer a revisão mensal dos prontuários e das cadernetas dos idosos visitados e nas consultas, para comprovar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida e a atualização das mesmas. Também esta avaliação será preenchida dentro das fichas espelhos dos idosos, anexando a mesma a cada prontuário na primeira consulta que este receber.

AÇÕES DE ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

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

Detalhamento: Estas ações serão desenvolvidas pela equipe em geral para alcançar a meta. O médico, a enfermagem e os ACS em conjunto farão grupos de idosos, onde ofereceremos aulas para a comunidade falando da importância destas avaliações, esclarecendo aos usuários e seus familiares que a mesma é um direito que eles têm e que deve ser feita com periodicidade. As mesmas serão feitas mensalmente no âmbito da UBS em escolas, igrejas e clubes.

AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

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

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

Detalhamento: Estas ações vão ser feitas pelo médico e outros profissionais do NASF, onde faremos ênfases na aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida e sobre o encaminhamento dos casos que necessitem de

avaliações pelo especialista, conseguindo assim que toda a equipe tenha um maior conhecimento dos parâmetros para identificar os problemas destes usuários. Todas estas informações serão preenchidas na ficha espelho.

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

AÇÕES DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento: O médico e a enfermagem definirão semanalmente as atividades que serão realizadas pelos membros da equipe. O médico e o pessoal da triagem, além de aqueles envolvidos no acolhimento inicial, garantirão a realização do exame clínico completo, incluindo a estratificação do risco (Índice de Framingham e as lesões de órgãos alvos), assim como a presença de alterações nos pés, fragilidade na velhice, e as orientações feitas. As mesmas serão registradas na ficha espelho.

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

Detalhamento: O médico e a enfermagem detectarão semanalmente os idosos que não realizaram o exame clínico e os ACS farão a busca ativa dos mesmos.

Ação: Garantir a referência e contra referência de usuários com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades u outros problemas que precisem ser avaliados pelo especialista.

Detalhamento: O médico e a enfermagem em conjunto com o gestor de saúde familiar no município, desenvolverão esta ação. A mesma vai depender muito do gestor, já que estas especialidades são muito difíceis de agendar vagas neste Estado.

Ação: Organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares e novas pesquisas ativas destas doenças.

Detalhamento: Vamos criar na nossa agenda semanal, um dia para o atendimento exclusivo dos idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares, assim como os doentes já identificados e cadastrados.

AÇÕES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: O médico realizará a avaliação mensal da realização do exame clínico apropriado em os idosos acompanhados pela UBS através da revisão dos prontuários e das fichas espelhos anexadas aos mesmos.

AÇÕES DE ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Esta ação será desenvolvida pela equipe em geral para alcançar a meta. O médico, a enfermagem e os ACS farão grupos de idosos, palestras e aulas para a comunidade sobre a importância de conhecer os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas assim como da importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas. As mesmas acontecerão de forma mensal no âmbito da UBS e contarão com a participação dos familiares dos idosos, que serão aqueles que poderão alertar a nossas equipes sobre alguma alteração no usuário.

AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

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

Detalhamento: Estas ações serão realizadas pelo médico, de forma mensal, mediante palestras de atualização sobre o atendimento dos idosos e a realização do exame clínico detalhado, além do preenchimento dos dados em prontuários e fichas espelhos.

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

AÇÕES DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

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

Detalhamento: O médico e o gestor municipal serão os responsáveis pela solicitação e a realização dos exames complementares do protocolo que serão realizados pelo menos uma vez semestral. Serão solicitados na primeira consulta, nas visitas domiciliares e em todas as ações de saúde.

AÇÕES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: As enfermeiras, as técnicas de enfermagem em conjunto com os ACS farão um levantamento do número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais realizados trimestralmente.

AÇÕES DE ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

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

Detalhamento: Esta ação será desenvolvida por toda a equipe para alcançar a meta. O médico, a enfermagem e os ACS farão grupos de idosos, palestras e dinâmicas de grupo para a comunidade sobre a importância da realização de exames complementares periódicos. Estas atividades serão feitas de forma mensal no âmbito da UBS e em outras instituições. Será esclarecida a necessidade de fazer os exames nos primeiros quinze dias após a primeira consulta ou visita domiciliar, onde estes serão solicitados pelo médico, sendo os mesmo reavaliados em um período máximo de 3 meses.

AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: Estas ações serão realizadas pelo médico, de forma mensal, mediante palestras de atualização sobre a importância da realização dos exames complementares e sobre o cumprimento da periodicidade com que estes devem ser realizados.

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

AÇÕES DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

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

Detalhamento: O mesmo será realizado de maneira mensal pela técnica em farmácia. As necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na UBS serão atualizadas pelos ACS de maneira trimestral.

AÇÕES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: A técnica de farmácia em conjunto com a enfermagem e o médico farão o levantamento quinzenal do abastecimento dos medicamentos da Farmácia Popular / Hiperdã tendo em conta o número de usuários que utilizam estas medicações. Além disso, será refletida no prontuário, na caderneta do idoso e na ficha espelho, qualquer mudança que exista no tratamento.

AÇÕES DE ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Estas ações serão feitas pela equipe em geral para alcançar a meta. O médico, a enfermagem e os ACS farão visitas domiciliares, dinâmicas de grupos, e palestras para a comunidade sobre o direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdã e possíveis alternativas para obter a medicação que eles precisam.

AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

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

Detalhamento: Estas ações serão realizadas pelo médico que fará mensalmente palestras de atualização sobre o tratamento da hipertensão e/ou diabetes, além de capacitar os mesmos sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdã.

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

AÇÕES DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento: Os ACS são os responsáveis de manter o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção e o registro será atualizado de forma trimestral.

AÇÕES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: A enfermagem e o médico monitorarão os idosos acamados ou com problemas de locomoção tendo em conta a estimativa de 8% dos idosos da área de abrangência. Para isso, faremos o seguimento de nossos idosos baseados nas fichas espelho e nas datas de visita domiciliar previamente pautadas com os ACS, agendando as áreas a visitar por semana, contando com o prévio aviso a nossa comunidade.

AÇÕES DE ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da Unidade de Saúde e sobre o atendimento domiciliar do mesmo.

Detalhamento: Estas ações serão feitas pela equipe em geral para alcançar a meta. O médico, a enfermagem e os ACS farão visitas domiciliares, dinâmicas de grupos, e palestras para a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da Unidade de Saúde e a possibilidade de acompanhamento para usuários que precisem atendimento domiciliar, assim como a necessidade que a equipe tem do apoio de toda a comunidade para realizar uma ótima intervenção. As atividades serão feitas mensalmente no âmbito da UBS e outras instituições perto da comunidade.

AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: A enfermagem fará a capacitação mensal dos ACS para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência e como programar as visitas domiciliares com a equipe e com o NASF, dependendo do planejamento mensal e da gravidade do caso em questão.

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

AÇÕES DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento: A equipe tem um caderno onde escreverá as principais ações e problemas surgidos nas visitas domiciliares aos idosos acamados, além de oferecer o atendimento médico para os usuários com problemas de locomoção. O cumprimento da agenda será refletido na ficha espelho pela frequência de visita domiciliar, onde a mesma poderá ter variações, dependendo da gravidade do usuário.

AÇÕES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: A enfermagem e os ACS monitorarão a realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção sendo os ACS responsáveis do planejamento das mesmas. O agendamento e monitoramento das mesmas serão descritas nas fichas espelho e nos prontuários de visita domiciliar.

AÇÕES DE ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

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

Detalhamento: Estas ações serão feitas pela equipe em geral para alcançar a meta. O médico, a enfermagem e os ACS farão visitas domiciliares, dinâmicas de grupos, e palestras para a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar, e sobre a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados.

AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

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

Detalhamento: A enfermagem fará a capacitação mensal dos ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência.

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

AÇÕES DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento: Para isso vamos a garantir o material adequado para a realização da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde. Todas as equipes da UBS aumentarão o número de vagas na consulta de Hipertensão e planejarão de maneira semanal um número de vagas por dia para o atendimento dos idosos portadores de HAS. Os responsáveis serão os médicos, enfermeiros e o resto do pessoal das equipes.

AÇÕES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: Mensalmente será feito o rastreamento dos idosos para HAS a través da revisão dos prontuários e fichas espelho assim como pela busca ativa dos mesmos.

AÇÕES DE ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

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

Detalhamento: Estas ações serão feitas pela equipe em geral para alcançar a meta. O médico, a enfermagem e os ACS farão visitas domiciliares, dinâmicas de grupos, e palestras para a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade, além de orientar sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS, além da sensibilização da nossa população sobre a importância da vigilância ativa dentro de suas comunidades de possíveis fatores de risco modificáveis.

AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: A enfermeira será a responsável de fazer a capacitação mensal dos ACS e técnicos de enfermagem, sobre a técnica de verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

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

AÇÕES DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento: Garantiremos o material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde. Para garantir esta meta todas as equipes da UBS aumentarão o número de vagas na consulta dos diabéticos e planejaram de maneira semanal um número de vagas por dia para o atendimento dos idosos portadores de Diabetes. Os responsáveis serão os médicos e a enfermeira.

AÇÕES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: Com periodicidade mensal será feito o monitoramento dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial ou Diabetes Mellitus mediante a ficha espelho e os prontuários.

AÇÕES DE ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

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

Detalhamento: Estas ações serão feitas pela equipe em geral para alcançar a meta. O médico, a enfermagem e os ACS farão visitas domiciliares, dinâmicas de grupos, e palestras para a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em idosos com pressão arterial maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com

diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica, orientando também a familiares e comunidade em geral sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM.

AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: A enfermeira fará a capacitação mensal dos ACS e técnicos de enfermagem sobre como fazer o hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

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

AÇÕES DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde.

Ação: Cadastrar os idosos na unidade de saúde.

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

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

Detalhamento: Para garantir o cumprimento desta meta todas as equipes da UBS, terão que organizar o acolhimento aos idosos na unidade de saúde, fazendo o cadastro dos mesmos para tentar oferecer atendimento prioritário aos idosos em outra unidade de saúde, já que não temos cadeira odontológica na nossa UBS e o nosso único odontólogo trabalha em outra UBS longe da nossa.

AÇÕES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: O mesmo será feito pelo técnico em odontologia e pelo Odontólogo. O médico em conjunto com a equipe monitorará a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de idosos, cobrando a realização dos prontuários de saúde bucal.

AÇÕES DE ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Estas ações serão feitas pela equipe em geral para alcançar a meta. O médico, a enfermagem e os ACS farão visitas domiciliares, dinâmicas de grupos, e palestras para a comunidade sobre a importância de avaliar a saúde bucal de idosos.

AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: Pediremos que pelo menos o técnico em odontologia faça a capacitação para todo o equipe, sobre a necessidade tratamento odontológico em idosos, para detectar as principais doenças a ser tratadas.

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

AÇÕES DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Organizar o acolhimento aos idosos a ser atendidos na unidade de saúde vizinha.

Ação: Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos de conjunto com o odontólogo da UBS que trabalha fora da mesma.

Ação: Garantir que nossos idosos recebam um atendimento prioritário dentro da UBS vizinha.

Detalhamento: Para garantir esta meta todas às equipes da UBS, terão a tarefa de organizar o acolhimento aos idosos na unidade de saúde vizinha além de monitorar a utilização de serviço odontológico por parte dos idosos, oferecendo atendimento prioritário aos idosos pelo odontólogo da UBS mesmo que este trabalhe em outra UBS, já que a nossa não tem condições para fazer este tipo de atendimentos. Os usuários deverão se locomover até a UBS vizinha que fica um pouco longe de nossa área, que é onde poderão receber atendimento odontológico por parte deste pessoal.

Os mesmo serão encaminhados mediante uma folha de referência e contra referência sendo o técnico odontólogo o responsável do acolhimento dos mesmos na UBS vizinha. Acordaremos com o gestor para que disponibilize pelo menos um técnico em saúde bucal para trabalhar em nossa UBS, assim como um dia para o atendimento de nossos usuários em a UBS vizinha onde trabalha nosso odontólogo. O médico em conjunto com o odontólogo, planejará mensalmente o número de consultas que serão oferecidas aos idosos e o tempo médio das mesmas.

AÇÕES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: O Odontólogo da UBS de conjunto com o médico e com a equipe monitorará o número de idosos cadastrados na Unidade em acompanhamento odontológico dentro da UBS vizinha, atualizando o cadastro dos mesmos nas fichas espelhos e nos prontuários odontológicos.

AÇÕES DE ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de idosos e de sua importância para saúde geral.

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

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

Detalhamento: Estas ações serão feitas pela equipe em geral para alcançar a meta. O médico, a enfermagem os ACS, assim como o odontólogo que trabalha na UBS vizinha, farão visitas domiciliares, dinâmicas de grupos, e palestras para a comunidade sobre o atendimento odontológico prioritário de idosos e de sua importância para saúde geral, além de esclarecer a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais. O intercâmbio com a população oferecerá outras estratégias para captação de idosos para acompanhamento odontológico.

AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

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

Ação: Capacitar os ACS para captação destes idosos.

Detalhamento: O odontólogo que trabalha na UBS vizinha, mas pertencesse a nossa UBS, fará a capacitação mensal para a equipe sobre como realizar o acolhimento do idoso de acordo com protocolo, e como fazer o cadastramento a identificação e o encaminhamento dos idosos para o serviço odontológico, além de capacitar os ACS para a captação de idosos.

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

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

AÇÕES DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

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

Detalhamento: Nossa equipe realizará semanalmente as visitas domiciliares para buscar os idosos faltosos. Os ACS farão esta atividade e os usuários terão um dia de consulta agendada para serem atendidos.

AÇÕES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: A monitorização do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos será realizada de maneira mensal pela enfermagem, mediante os prontuários clínicos e a fichas espelho, onde será registrada a data da próxima consulta e a necessidade de apresentar o resultado de algum exame ou avaliação por outro especialista.

AÇÕES DE ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

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

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

Detalhamento: Estas ações serão feitas pela equipe em geral para alcançar a meta. O médico, a enfermagem e os ACS farão visitas domiciliares, dinâmicas de grupos, e palestras para a comunidade sobre a importância de realização das consultas, esclarecer os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas e sobre como ouvir outras estratégias para não ocorrer evasão dos idosos.

AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Ação: Definir com a equipe a periodicidade das consultas.

Detalhamento: O médico fará a capacitação mensal dos ACS para orientar os idosos sobre quando realizar as consultas e sua periodicidade, assim como definir com a equipe a periodicidade das mesmas.

Objetivo 4 : Melhorar o registro das informações na UBS Jardim Paraíso município santa estado Amapá.

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

AÇÕES DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

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

Detalhamento: A enfermeira e a técnica de enfermagem manterão atualizado o sistema de registro dos idosos fazendo uma revisão quinzenal. O principal instrumento neste caso vai ser a ficha espelho, já que representa a maioria dos dados deste usuário.

AÇÕES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: O médico fará revisão mensal da qualidade do registro de atendimento aos idosos acompanhados na UBS, especificamente das fichas espelho dos usuários novos e previamente captados.

AÇÕES DE ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: 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.

Detalhamento: Estas ações serão feitas pela equipe em geral para alcançar a meta. O médico, a enfermagem e os ACS farão visitas domiciliares, dinâmicas de

grupos, e palestras para a comunidade sobre seus direitos em relação à de seus registros de saúde prontuário ficha espelho e caderneta de saúde do idoso e acesso a segunda via se eles precisarem.

AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira realizarão palestras de temas de interesses para a equipe, onde será exposta também a forma de preencher adequadamente todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos, com ênfases na ficha espelho.

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

AÇÕES DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

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

AÇÕES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: O médico e a enfermagem farão a monitorização dos registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa nas consultas e visitas domiciliares.

AÇÕES DE ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Nos grupos de idosos, que serão oferecidos quinzenalmente, o médico orientará os idosos e a comunidade em geral sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar na UBS e também em outros níveis de atenção.

AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: A enfermeira fará palestras de temas relevantes para a equipe, onde será exposta também a forma adequada para preencher a Caderneta de Saúde da Pessoa idosa.

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

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

AÇÕES DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento: O médico terá na agenda de atendimento da UBS, assim como no planejamento das visitas domiciliares, um número de vagas semanais para priorizar atendimento dos idosos com maior risco de morbimortalidade.

AÇÕES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: A enfermeira e a técnica farão a monitorização do número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência, fazendo uso da atualização mensal dos registros pelos ACS e pela atualização das fichas espelho que resume a presença ou não de fatores que aumentem a morbimortalidade.

AÇÕES DE ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Nos grupos de idosos que serão oferecidos quinzenalmente pelo médico, realizaremos as orientações para a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente daqueles usuários com maior risco de morbimortalidade. As mesmas serão realizadas com uma linguagem clara e precisa.

AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão palestras de temas de relevância para a equipe, onde será exposta também a forma adequada para a identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa.

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

AÇÕES DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Priorizar o atendimento aos idosos fragilizados na velhice.

Detalhamento: O médico vai ter na sua agenda semanal, um dia para o atendimento dos idosos frágeis e um número de vagas para os idosos que precisem de um atendimento sem prévio agendamento.

AÇÕES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: Os ACS monitorarão mensalmente os idosos estudados para indicadores de fragilização na velhice através das visitas domiciliares e a busca ativa dos mesmos. O médico monitorará os idosos frágeis através da ficha espelho.

AÇÕES DE ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Nos grupos de idosos que serão oferecidos quinzenalmente pelo médico, se orientará os idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente dos mesmos.

AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: A enfermagem e o médico oferecerão mensalmente palestras de diversos temas, com o objetivo de capacitar aos profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice.

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

AÇÕES DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento: O médico terá um dia em sua agenda mensal para o atendimento isolado dos idosos com rede social deficiente, tentando incorporar o mesmo na sua família. Também estabeleceremos a prioridade para o agendamento das consultas e visita domiciliar.

AÇÕES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Ação: Monitorar todos os idosos com rede social deficiente.

Detalhamento: Os ACS a enfermagem e o médico farão revisão mensal da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS e monitorarão todos os idosos com rede social deficiente. A atualização será feita através da ficha espelho de maneira mensal.

AÇÕES DE ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Ação: Estimular na comunidade a promoção da socialização da pessoa idosa (trabalhos em igrejas, escolas, grupos de apoio) e do estabelecimento de redes sociais de apoio.

Detalhamento: Nos grupos de idosos que serão oferecidos quinzenalmente pelo médico, orientaremos os mesmos e a comunidade em geral sobre como acessar ao atendimento prioritário na UBS, além de estimular a comunidade na promoção da socialização da pessoa idosa.

AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: A enfermeira e o médico oferecerão mensalmente palestras de diversos temas de interesse para a equipe, onde incluirão como objetivo primordial, a capacitação dos profissionais para avaliar a rede social dos idosos.

Objetivo 6 : Promover a saúde dos idosos na UBS.

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

AÇÕES DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

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

AÇÕES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira monitorarão de maneira semanal a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos, além de monitorar o número de idosos com obesidade e desnutrição mediante a revisão da ficha espelho a caderneta da pessoa idosa e os prontuários.

AÇÕES DE ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Nos grupos de idosos que serão oferecidos quinzenalmente pelo médico e a nutricionista do NASF, orientações aos idosos e a comunidade em geral sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis.

AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

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

Detalhamento: A enfermeira e o médico em conjunto com a nutricionista do NASF, oferecerão mensalmente palestras para capacitar a equipe em a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável", tendo assim um maior conhecimento dos profissionais da equipe sobre orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos.

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

AÇÕES DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira definirão nas reuniões semanais, o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física

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

AÇÕES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

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

Detalhamento: Os ACS, o técnico de enfermagem e o médico, monitorarão semanalmente a realização das orientações de atividade física regular para todos os idosos, além de monitorar o número de idosos que realizarão atividade física regular, mediante o controle da assistência nas atividades esportivas planejadas pelo preparador físico do NASF e pelo monitoramento das fichas espelhos.

AÇÕES DE ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Nos grupos de idosos que serão oferecidos quinzenalmente pelo médico e pelo educador físico do NASF, orientarão os idosos e a comunidade em geral sobre os benefícios da realização de atividade física regular.

AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: A enfermeira e o médico em conjunto com o preparador físico do NASF, oferecerão quinzenalmente palestras de temas de interesse fazendo ênfases em capacitar a equipe para a promoção e orientação dos idosos sobre a realização de atividade física regular.

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

AÇÕES DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento: O médico em conjunto com o odontólogo, planejará mensalmente o número de consultas que serão oferecidas aos idosos e o tempo médio de consultas, garantindo orientações a nível individual sobre saúde bucal.

AÇÕES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar as atividades educativas individuais, sobre saúde bucal.

Detalhamento: O técnico de enfermagem junto com o técnico odontólogo monitorarão as atividades educativas individuais, através da revisão da participação nestas atividades, mediante a revisão das fichas espelho e a atualização das mesmas.

AÇÕES DE ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: toda a equipe orientará aos idosos e a comunidade em geral sobre a importância da higiene bucal e das próteses dentárias nos grupos de idosos e nas visitas domiciliares planejadas.

AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: O odontólogo e o técnico de odontologia oferecerão uma palestra mensal para a capacitação da equipe sobre as técnicas de higiene bucal e de próteses dentárias.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1. Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso na UBS Alberto Lima, Santana AP.

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

Indicador 1. Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde, o mesmo será gerado da seguinte forma:

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa

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

Objetivo 2. Melhorar a qualidade do atendimento ao idoso na Unidade de Saúde.

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

Indicador 2. Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia, o mesmo será gerado da seguinte forma:

Numerador: Número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia

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

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

Indicador 3. Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia, o mesmo será gerado da seguinte forma:

Numerador: Número de idosos com exame clínico apropriado em dia

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

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

Indicador 4. Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia, o mesmo será gerado da seguinte forma:

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, Jardim Paraiso município Santana, estado Amapá.

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

Indicador 5. Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada, o mesmo será gerado da seguinte forma:

Numerador: Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular.

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

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

Indicador 6. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados na unidade, o mesmo será gerado da seguinte forma:

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

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

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

Indicador 7. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar, o mesmo será gerado da seguinte forma:

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

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

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

Indicador 8. Proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta, o mesmo será gerado da seguinte forma:

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, Jardim Paraiso município Santana, estado Amapá.

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

Indicador 9. Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes, o mesmo será gerado da seguinte forma:

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus

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

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

Indicador 10. Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, o mesmo será gerado da seguinte forma:

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, Jardim Paraiso município Santana, estado Amapá.

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

Indicador 11. Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática, o mesmo será gerado da seguinte forma:

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

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

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

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

Indicador 12. Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa, o mesmo será gerado da seguinte forma:

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

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas, Jardim Paraiso município Santana, estado Amapá.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

Indicador 13. Proporção de idosos com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia, o mesmo será gerado da seguinte forma:

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

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

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

Indicador 14. Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, o mesmo será gerado da seguinte forma:

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

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

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

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

Indicador 15. Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia, o mesmo será gerado da seguinte forma:

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

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

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

Indicador 16. Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia, o mesmo será gerado da seguinte forma:

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

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

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

Indicador 17. Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia, o mesmo será gerado da seguinte forma:

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.

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

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos.

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

Indicador 18. Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, o mesmo será gerado da seguinte forma:

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

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

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

Indicador 19. Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física, o mesmo será gerado da seguinte forma:

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

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

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

Indicador 20. Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal, o mesmo será gerado da seguinte forma:

Numerador: Número de idosos com orientação sobre higiene bucal.

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

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de Saúde do Idoso vamos adotar o Caderno de Atenção Básica “envelhecimento e saúde da pessoa idosa” n.º 19 (BRASIL, 2006).

Implantaremos a planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos disponíveis na especialização. Estimamos alcançar com a intervenção 687 idosos. Faremos contato com o gestor municipal e solicitaremos a disponibilização das 687 Cadernetas de Saúde da Pessoa Idosa e planilhas/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados disponibilizada pela Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas UNASUS.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisará o livro de Registro identificando todos os idosos que vieram ao serviço para consulta nos últimos três meses. A profissional localizará os prontuários destes usuários e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a planilhas/registro específico dos idosos. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas, vacinas e exames clínicos e laboratoriais em atraso, passando a informação para o ACS para repassar aos idosos na comunidade, agendando a consulta antes das 72 horas com o médico ou a enfermeira, para tratar de cumprir com as consultas e exames clínico.

Começaremos a intervenção com a capacitação sobre o Manual Técnico de Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa para que toda a equipe utilize esta referência na atenção deste grupo etário. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto será reservada 2 horas ao final do expediente no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe. Na primeira semana será dirigida a todos os membros da equipe, que utilizarão o Manual Técnico de Pré-natal e Puerpério do Ministério da Saúde 2006. Posteriormente continuaremos esclarecendo qualquer dúvida aos membros das equipes. O médico e a enfermeira farão as palestras para a equipe sobre o manual, permitindo uma conversa para esclarecer as e deste jeito viabilizar as ações de capacitação das equipes.

Semanalmente a enfermeira examinará as planilhas/registros específicas de acompanhamento do atendimento dos idosos, identificando aquelas que estão com atrasos nas consultas, exames clínicos, exames laboratoriais, visitas domiciliar, avaliação Multidimensional ou com fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa.

Também realizaremos contato com a associação de moradores e com os representantes da comunidade nas igrejas da área de abrangência, para apresentarmos o projeto, esclarecendo a importância da realização das consultas nas pessoas idosas.

2.3.4 Cronograma

Atividades	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Capacitar a equipe de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde para o atendimento integral ao Idoso.												
Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos. (Incluindo a Caderneta de Saúde da Pessoa idosa.)												
Capacitar os ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço.												
Capacitar os profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa e dos indicadores de fragilização na velhice.												
Cadastrar todos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde.												

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Terminamos a semana 12 de nossa intervenção, e fizemos o Relatório final. Ao longo destas semanas tivemos muitas coisas para aprender e ensinar, mas pouco a pouco e com ajuda e integração de todas as equipes, conseguimos desenvolver a intervenção, onde trabalhamos para ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde. Conseguimos seguir o cronograma proposto inicialmente, para atingir os objetivos e metas propostas. A seguir, destacaremos todas as ações realizadas durante a nossa intervenção, descrevendo as facilidades e/ou dificuldades encontradas nas mesmas.

Conseguimos atingir nosso objetivo central, de qualificar a atenção a Saúde dos Idosos desenvolvendo uma assistência integral e humanizada aos mesmos. Todas as equipes da UBS fizeram um bom trabalho na coleta de dados e nas atividades e ações de saúde desenvolvidas ao longo destas semanas. Mesmo que não alcançamos todas as metas propostas, posso dizer que a realização da intervenção foi muito boa, pois as ações estão incorporadas nas atividades diárias de todos os profissionais da unidade.

Temos algumas ações que foram desenvolvidas totalmente e outras parcialmente, mas ficamos muito satisfeitos porque toda a população gostou e a intervenção foi incorporada à rotina do trabalho na UBS. Conseguimos realizar com facilidade uma reunião com a nossa equipe, com a diretora da UBS e os gestores do município. Depois capacitamos a equipe de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde para o atendimento integral ao Idoso, identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa e dos indicadores de fragilização na velhice. Também capacitamos a equipe para o preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos, que inclui a ficha

espelho e ficha complementar. Para a realização das capacitações não tivemos dificuldades, pois primeiro fizemos um estudo dos temas a debater, baseados nos protocolos de atenção ao Idoso e outras bibliografias e depois compartilhamos o conhecimento com toda a equipe.

Toda a semana se cadastrou os idosos da área de cobertura e oferecemos atendimento clínico para melhorar a qualidade da atenção ao idoso. Os atendimentos foram desenvolvidos nas consultas na UBS, nas visitas domiciliares, igrejas, rua, bairros e associação de moradores que organizaram atividades com a comunidade, especialmente os idosos. Também priorizamos as visitas domiciliares aqueles idosos hipertensos, diabéticos, acamados ou com problemas de locomoção. Para cumprir esta ação tivemos facilidades pela ajuda dos ACS, que são os olhos nossos nas comunidades e sempre procuram aqueles que mais precisam, como idosos acamados e com problemas de locomoção.

Nas consultas e visitas domiciliares monitoramos o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo. Também realizamos o exame físico completo, monitoramos o número de idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM e realizamos a avaliação Multidimensional Rápida. Em todas as consultas oferecemos orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, orientação sobre prática de atividade física regular, orientação individual de cuidados de saúde bucal e fizemos a prescrição de medicamentos prioritariamente da farmácia popular. Para realização destas ações não tivemos dificuldades porque ficamos acostumados a fazer um bom exame físico, aferição da pressão arterial, solicitação de exames e orientações gerais a cada usuário.

Ao longo destas semanas tivemos muitas facilidades, por exemplo, realizamos atividades educativas com a comunidade, idosos e seus familiares e oferecemos palestras educativas sobre diversos temas da saúde, sobre a importância da realização de consultas, avaliações, rastreamento das doenças como DM e HTA e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável. Organizamos visitas domiciliares para busca dos idosos faltosos.

Nestes três meses desenvolvemos outras ações de saúde que não estavam no nosso cronograma, que foi a vacinação contra a Influenza a todos os idosos, e principalmente naqueles com dificuldades de se deslocar até à UBS.

Tivemos algumas dificuldades iniciais que interferiram um pouco nos resultados. Não tínhamos o conhecimento da população total e conseqüentemente dos idosos e nem de alguns programas do SUS. Além disto, minha área de abrangência fica um pouco longe da UBS e às vezes é muito difícil para os idosos se deslocarem até a mesma.

Outra dificuldade encontrada foi à falta de vagas oferecidas pelos odontólogos da UBS para os atendimentos a população em geral, e especialmente aos idosos. Até agora só conseguimos fazer o atendimento odontológico a 83 idosos para uma proporção de 23,2%, que consideramos muito baixa. Apesar das inúmeras conversas com estes profissionais, não conseguimos elevar nossos indicadores até o desejado.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Com relação às ações propostas e que não foram cumpridas está à distribuição e preenchimento da caderneta de saúde do idoso, pois até o momento o município não dispõe da mesma. Falamos muito com os gestores e a secretaria de saúde do município e a respostas destes é que já fazia muito tempo que estas cadernetas não chegavam até o município. No entanto, se comprometeram em fazer o pedido ao Ministério, mas até agora não chegaram.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Sobre o preenchimento das planilhas de coleta de dados, cálculo dos indicadores e a elaboração dos diários semanais podem relatar que tive certa dificuldade em realizar os mesmos durante o início da intervenção. Acredito que isto tenha ocorrido porque não é fácil preencher as planilhas no Excel e seguir as exigências do curso semana por semana. No entanto, consegui através das orientações e ajuda dos professores. Os gestores proporcionaram a maioria das planilhas espelhos dos idosos, mas não a totalidade. Assim, a ação de implantar a planilha/registro específico de acompanhamento aos idosos não foi cumprida totalmente.

De forma geral todas as equipes ajudaram para a coleta e sistematização dos dados, mas nem todas elas com a mesma sistematização. Apesar de todo ao final conseguimos computar todas as informações e os indicadores, obtivendo bons resultados.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde a análise situacional eu tivesse discutido as atividades que vinha desenvolvendo com a equipe. Acredito que faltou uma articulação com a comunidade e os gestores para explicitar os critérios para priorização da atenção e discutir a melhor maneira de programar isto. Agora que estamos no fim do projeto, percebo que a equipe está integrada, porém, temos algumas dificuldades encontradas, como enfatizar sobre os atendimentos odontológicos e exigir maior compromisso dos gestores e da secretaria de saúde para garantir a implementação da caderneta de saúde da pessoa idosa e do atendimento odontológico em nosso serviço. A partir do próximo mês, com ajuda dos ACS pretendemos investir na ampliação de cobertura dos idosos. Temos que ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção dos idosos em especial os acamados o com problemas de locomoção.

Além de todo isto posso dizer que a intervenção foi incorporada à rotina de serviços em nossa UBS.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Ao longo destas 12 semanas tivemos muitas coisas para aprender e ensinar, mas pouco a pouco e com ajuda e integração de toda nossa equipe, conseguimos desenvolver a intervenção, onde trabalhamos para melhorar a atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde. Conseguimos seguir o cronograma proposto inicialmente, para atingir os objetivos e metas propostas. Temos algumas ações que foram desenvolvidas totalmente e outras parcialmente, mas ficamos muito satisfeitos porque toda a população gostou e a intervenção foi incorporada à rotina do trabalho na UBS.

A seguir, destacaremos todas as ações realizadas durante a nossa intervenção, descrevendo as facilidades e/ou dificuldades encontradas nas mesmas e os resultados.

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.

Não conseguimos ampliar a cobertura para 100% proposto no projeto, mas o indicador evoluiu favoravelmente ao longo da intervenção. No primeiro mês só cadastramos 60 idosos (8,7%), no segundo mês 182 (26,5%) e no terceiro mês conseguimos 357 para uma proporção de 52%. Isto demonstra que no início de nosso trabalho tínhamos muitas dificuldades quanto na atenção aos idosos, mas isto mudou com o avanço das semanas na intervenção. A principal causa para não atingirmos a meta foi a grande quantidade de idosos que tínhamos que cadastrar e avaliar em pouco tempo. Além disto, tive dificuldades para monitorar as ações

realizadas pelas demais equipes. Outro problema detectado foi que a minha área de abrangência fica um pouco longe da UBS e temos muitos idosos que não conseguem chegar até à unidade de saúde, dependendo somente das visitas no domicílio (Figura 1).

As ações que auxiliaram para tentar atingir esta meta foram: monitoramento mensal dos idosos cadastrados, com ajuda dos registros dos ACS que orientaram os casos novos a assistir a consulta na UBS para a realização da consulta com o exame físico e todas as orientações corretas da consulta dos idosos. Também esclarecemos à comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico, sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde e a existência do Programa de Atenção ao Idoso. Esta ação se realizou em palestras educativas sobre o tema na UBS na sala de espera uma vez por semana e em a comunidade aproveitando as ações de saúde onde se concentra maior quantidade de pessoas, também em as visitas domiciliar quanto da equipe como as visitas feitas pelo ACS.

Em geral conseguimos ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso.

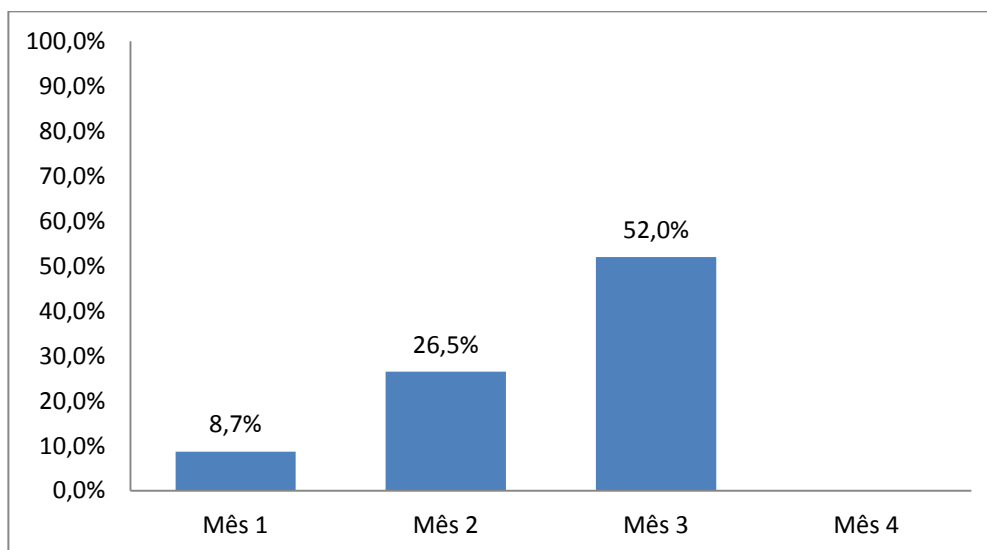


Figura 1. Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

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

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

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

Esta meta não foi cumprida totalmente, já que não chegamos aos 100% dos idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia, mas o indicador avançou muito bem durante a intervenção. No primeiro mês alcançamos 58 idosos para proporção de 96,7%, no segundo mês chegamos a 180 (98,9%) e no terceiro mês conseguimos 355 para uma proporção de 99,4% (Figura 2).

Tivemos dificuldades para garantir os recursos necessários para aplicação da avaliação multidimensional rápida em todos os idosos (balança, antropômetro) porque temos idosos que só podem ser avaliados em suas casas e não são todas as equipes que têm os instrumentos necessários para uma boa avaliação multidimensional. Esta ação precisava da ajuda dos gestores e os representantes da secretaria de saúde, e eles não garantiram os recursos. Treinamos a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida e do encaminhamento adequado dos casos que necessitarem de avaliações mais complexas.

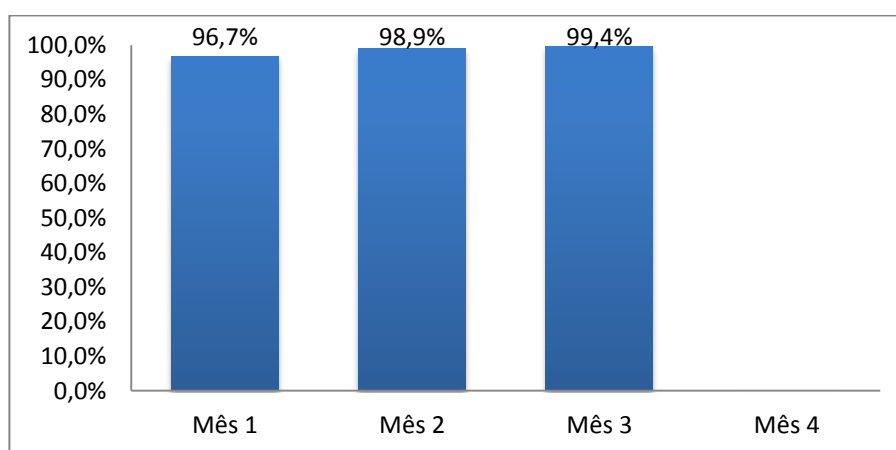


Figura 2. Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia
Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

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.

Tivemos um bom resultado neste indicador, no primeiro mês realizamos o exame clínico a 57 (95%), no segundo mês 179 (98,4%) e no terceiro mês 354 usuários para uma proporção de 99,2%. Acredito que os motivos para não conseguir atingir os 100% é que em três visitas domiciliares não conseguimos realizar um exame clínico apropriado (Figura 3).

Os motivos para o bom resultado foram às ações que desenvolvemos na comunidade como orientar os usuários 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. Esta ação foi conduzida por todos os profissionais das equipes, especificamente os médicos, orientando os mesmos sobre a prevenção de doenças neurológicas e cardiovasculares. Também capacitamos a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

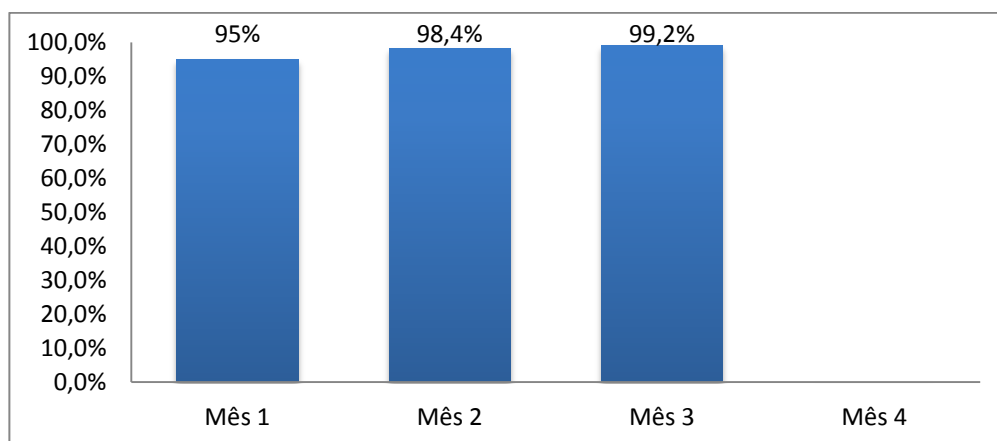


Figura 3. Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia.
Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

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.

Este indicador foi muito bem desenvolvido na intervenção mesmo que não conseguimos os 100%. No primeiro mês tínhamos 43 hipertensos e/ou diabéticos, deles 40 com solicitação de exames complementares periódicos em dia, para uma proporção de 93%. No segundo mês dos 118 usuários, 116 tiveram a solicitação dos exames, correspondendo a 98,3%, e no terceiro mês conseguimos solicitar exames para 245 idosos (98,4%) (Figura 4).

As ações que facilitaram esta meta foi que garantimos a solicitação dos exames complementares em cada consulta oferecida aos idosos e orientamos os mesmos e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.

As ações que dificultaram a melhoria do indicador foi que não conseguimos garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo. Esta ação foi realizada com a conversa com o secretário de saúde do município e a direção da UBS para garantir agilidade para a realização dos exames complementares, mas não estão realizando exames complementares a meses em nenhuma unidade de saúde de nosso município, só no hospital e nas clínicas particulares. Todas as equipes conseguiram solicitar os exames, mas foi muito difícil conseguir que os usuários os fizessem, porque nem todos têm condições econômicas favoráveis.

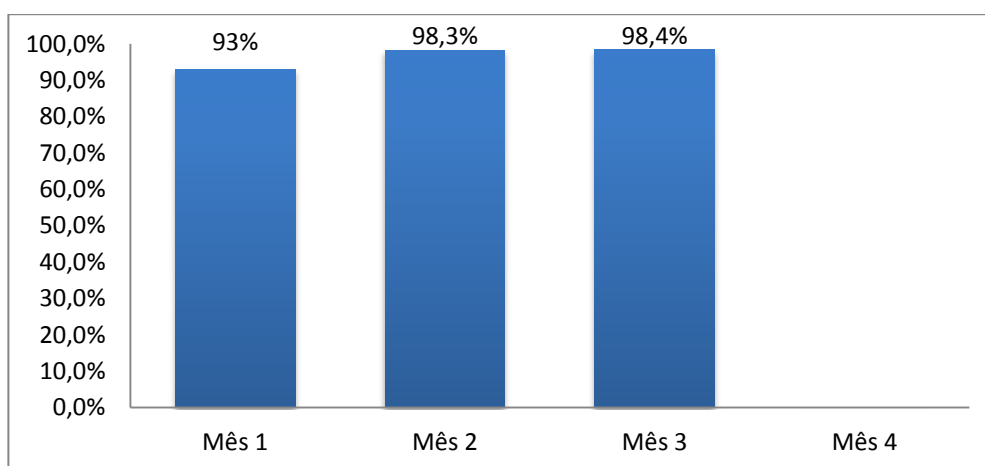


Figura 4. Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

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.

Esta meta não foi cumprida em 100%, mas conseguimos aumentar a mesma semana por semana em nossa intervenção. Nas primeiras quatro semanas, tivemos 47 idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular (78,3%), entre a 5ª semana e 8ª semana tivemos 127 idosos (69,8%) e nas últimas semanas da intervenção conseguimos 273 idosos para uma proporção de 76,5% (Figura 5).

Orientamos os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdía e possíveis alternativas para obter este acesso e realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes.

Nas consultas e visitas domiciliares fizemos a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular e realizamos visita na farmácia para a fiscalização do estoque de medicamentos. Para tristeza nossa, a farmácia da UBS não recebe todos os medicamentos padronizados pelo SUS e quando recebe, são em pouca quantidade que não é suficiente para todos os usuários. Posso disser que tivemos muitas dificuldades no acesso aos medicamentos da Farmácia Popular / Hiperdía.

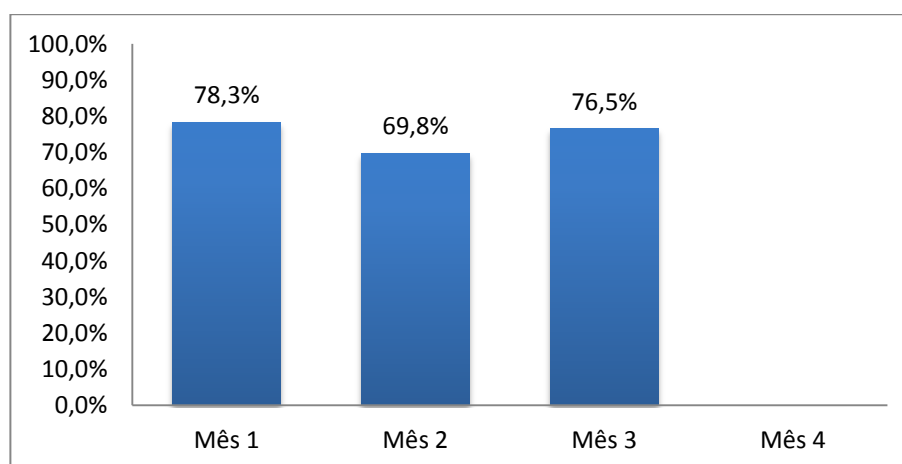


Figura 5. Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

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

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

Nesta meta não obtivemos um bom resultado, mas o indicador foi aumentando semana por semana. No primeiro mês cadastramos e atendemos 2 acamados (5,1%) do total de 39, no segundo mês 7 idosos acamados ou com problemas de locomoção (17,5%) do total de 40 e no terceiro mês 13 idosos para uma proporção de 32,5% do total de 40 acamados (Figura 6).

Para atingir esta meta fizemos o cadastramento nas consultas, visitas domiciliares e com o trabalho diário dos ACS nas comunidades. Embora não atingindo a meta proposta, fizemos bons atendimentos aos idosos acamados que mais precisavam. A maior dificuldade que tivemos para a realização de algumas visitas domiciliares foi que no período da intervenção coincidiu com o período de chuva forte em nosso estado e às vezes era muito difícil sair para as ruas.

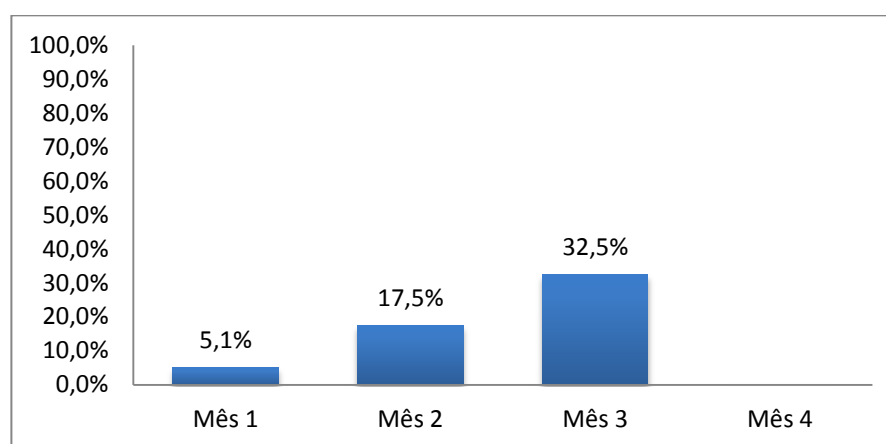


Figura 6. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

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.

Conseguimos um ótimo resultado nesta meta. Nos três meses da nossa intervenção realizamos a visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. No primeiro mês foram 2 (100%), no segundo 7 (100%) e finalizamos o terceiro mês com 13 (100%).

Não tivemos dificuldades para atingir a meta proposta, porque organizamos a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção. Orientamos a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar e a disponibilidade de visita domiciliar para aqueles que precisaram. Uma ação que fizemos muito importante foi orientar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

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

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

Embora não conseguíssemos 100% neste indicador, os resultados foram muito bons. Assim rastreamos no primeiro mês 59 idosos (98,3%), no segundo mês 180 idosos (98,9%) e no terceiro mês conseguimos rastrear 355 idosos para uma proporção de 99,4% (Figura 7).

Os bons resultados foram às ações que fizemos para melhorar o acolhimento aos idosos portadores de HAS. Sempre garantimos o material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetros, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde. Outra ação foi capacitar a equipe para verificação da pressão arterial de forma correta incluindo uso adequado do manguito. Orientamos a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS. Para estas ações oferecemos atividades de promoção e prevenção de saúde nas ruas, associações de Barrios, igrejas, consultas, etc.

O motivo para não conseguir rastrear os dois idosos foi porque no dia que realizamos esta ação, o esfigmomanômetro da unidade estava estragado, além sempre tentamos garantir o material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetros, manguitos, fita métrica)

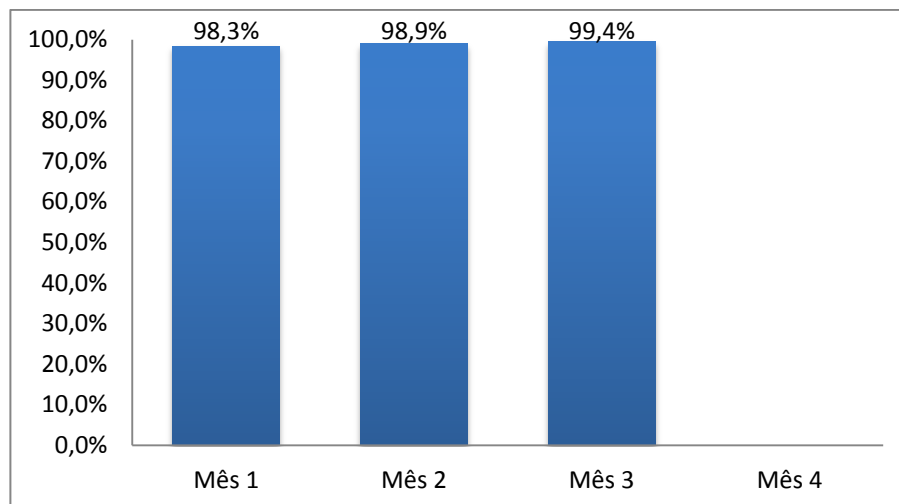


Figura 7. Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

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

Indicador: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

Fazendo as análises deste indicador posso dizer que conseguimos bons resultados além do que não atingimos a meta proposta de rastrear 100% dos idosos nos três meses da intervenção. No primeiro mês alcançamos 13 idosos (100%), no segundo mês 82 dos 83 idosos (98,8%) e no terceiro mês rastreamos 208 idosos dos 209 idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de HTA para DM com uma proporção de 99,5% (Figura 8).

A ação que mais auxiliou para melhorar o acolhimento aos idosos portadores de DM foi orientar à comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM. Esta ação foi desenvolvida fazendo palestras na comunidade.

Uma ação que dificultou atingir a meta foi que os gestores não garantiram o material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde nem nas visitas domiciliares. A UBS e as equipes de saúde tem o Glicômetro para fazer a glicemia de forma rápida, mas as fitas do teste terminaram e as secretarias de saúde não garantem mais.

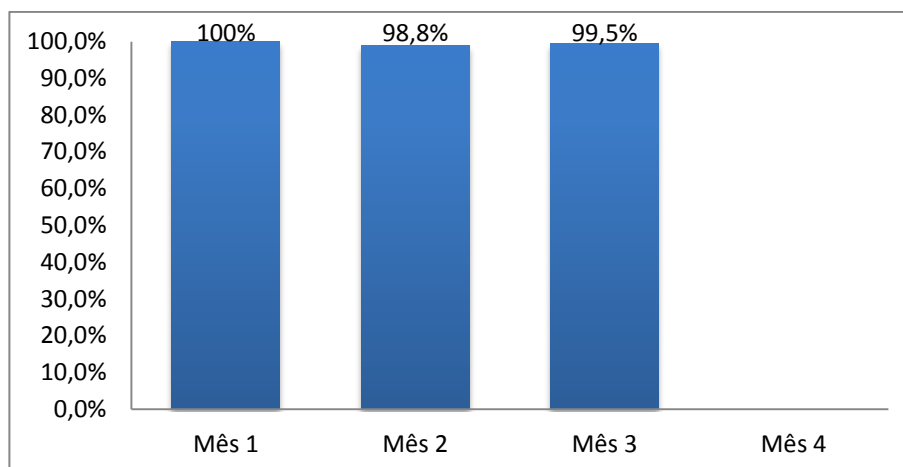


Figura 8. Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.
Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

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.

Além de que não conseguimos realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos, o indicador evoluiu bem ao longo da intervenção. No primeiro mês avaliamos 52 idosos (86,7%), no segundo mês 173 (95,1%) e no terceiro mês conseguimos aumentar até 348 avaliações feitas para uma proporção de 97,5% (Figura 9).

Fizemos a avaliação da necessidade de atendimento odontológico em cada consulta oferecida pelos profissionais da saúde, onde informamos a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal dos idosos.

Os idosos que faltaram por avaliação da necessidade de atendimento odontológico foi principalmente porque as consultas oferecidas a eles foram durante as visitas domiciliares e às vezes, não tivemos as condições ótimas para realizar um bom exame físico.

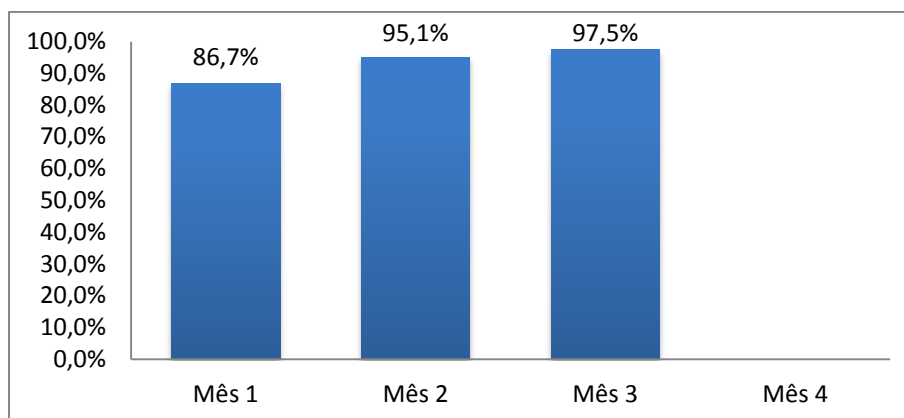


Figura 9. Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

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

Indicador: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

Não conseguimos bons resultados de forma geral neste indicador, mas o mesmo evoluiu favoravelmente ao longo da intervenção. No primeiro mês só realizam a primeira consulta odontológica 9 idosos (15%), no segundo mês 27 usuários (14,8%) e no terceiro mês conseguimos elevar até 83 idosos para uma proporção de 23,2% (Figura 10).

Tivemos muitas dificuldades para atingir a meta, porque ficamos carentes de especialistas de odontologia em nossa UBS. Falamos com o gestor e secretaria de saúde para que colocassem mais odontólogos, oferecessem mais vagas, mas o resultado não foi o esperado, e não conseguimos atendimento prioritário aos idosos. As únicas ações que realizamos foi informar a comunidade sobre a importância de atendimento odontológico para saúde geral e capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico.

Conseguimos melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde.

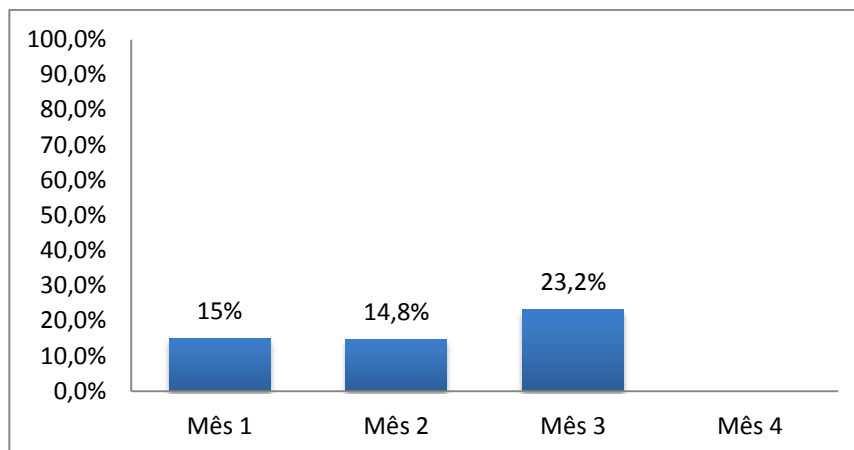


Figura 10. Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

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

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

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

Embora não conseguimos buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas, tivemos bons resultados. Assim no primeiro mês tivemos 9 idosos que faltaram à consulta programada e 6 receberam busca ativa (66,7%), no segundo mês 14 faltosos e 12 que tiveram busca ativa (85,7%) e no terceiro mês conseguimos fazer a busca ativa a 15 idosos de 17 faltosos para uma boa proporção de 88,2% (Figura 11).

As ações que mais facilitaram alcançar os resultados foram informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas, treinar os ACS para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade. Uma ação muito importante foi organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

A principal causa de não atingir esta meta foi que algumas equipes que desempenharam a intervenção, tiveram o médico e algumas enfermeiras de férias durante a intervenção. De forma geral melhoramos a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso.

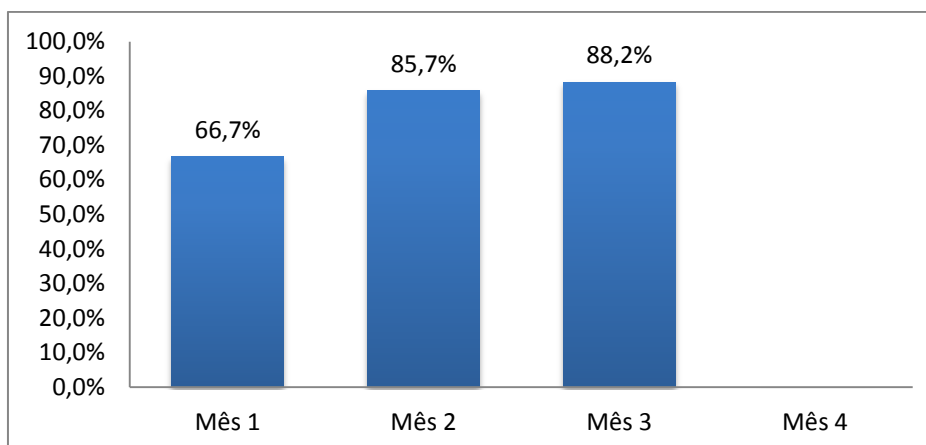


Figura 11. Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa.
Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

Este foi outro indicador que evoluiu bem ao longo da intervenção, pois no primeiro mês registramos 40 idosos (66,7%), no segundo mês 137 (75,3%) e no terceiro mês conseguimos 256 idosos com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia para um 71,7% de proporção (Figura 12).

Desenvolvemos ações como implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos e treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos.

A causa que dificultou a melhoria do registro foi que os gestores proporcionaram a maioria das planilhas espelhos dos idosos, mas não a totalidade. Assim, a ação de implantar a planilha/registro específico de acompanhamento aos idosos não foi cumprida totalmente, além das muitas vezes que tentamos conseguir novas planilhas.

Acredito que melhorarmos o registro das informações.

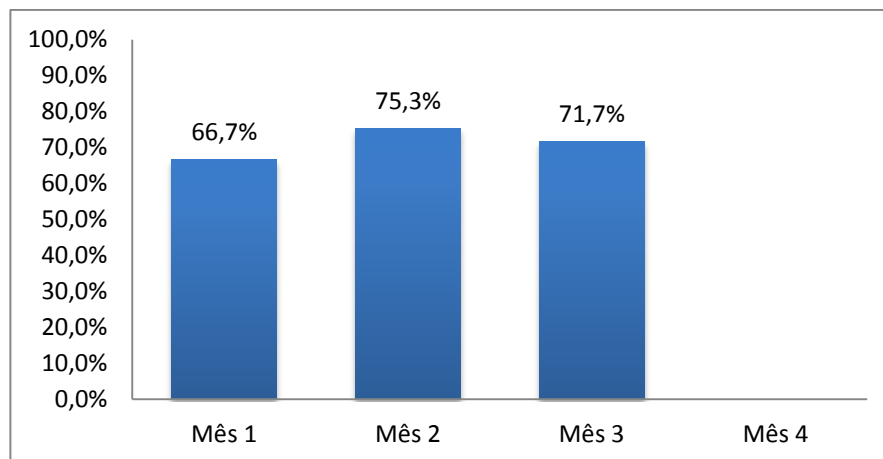


Figura 12. Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia.
Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

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

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

Não conseguimos distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a nenhum dos idosos cadastrados. Em todos os meses atingimos 0%. Esta meta só poderia ser realizada se a secretaria de saúde tivesse fornecido as Cadernetas de Saúde da Pessoa Idosa. Fizemos o pedido no início do trabalho e a resposta foi que ficavam aguardando pela chegada de novas Cadernetas do Ministério e até agora não chegaram.

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.

Conseguimos ótimo resultado nesta meta, rastreando nas 12 semanas 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade. No primeiro mês foram 60 idosos (100%), no segundo 182 (100%) e finalizamos o terceiro mês com 357 (100%).

Não tivemos dificuldades para realizar as ações e atingir a meta proposta. Começamos capacitando os profissionais para identificação e registro de fatores de

risco para morbimortalidade da pessoa idosa, priorizando o atendimento aos idosos de maior risco e realizamos os atendimentos segundo a patologia dos idosos e o risco de morbimortalidade.

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.

Obtivemos um excelente resultado nesta meta conseguindo investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas nos três meses da intervenção. No primeiro mês foram 60 idosos (100%), no segundo 182 (100%) e finalizamos o terceiro mês com 357 (100%).

Tivemos este excelente resultado, pois em todas as consultas e visitas domiciliares, priorizamos o atendimento aos idosos fragilizados na velhice. Capacitamos os profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice e em conjunto orientamos os idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente.

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

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

Neste indicador atingimos também bons resultados em toda a intervenção. No primeiro mês conseguimos um ótimo resultado chegando a avaliar a rede social de 60 (100%) dos idosos. No segundo mês foram 178 (97,8%) e no terceiro mês foram 353 (98,9%). (Figura 13).

Realizamos as seguintes ações para atingir esta: Monitoramos a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS, orientamos a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde e estimulamos na comunidade a promoção da socialização da pessoa idosa (trabalhos em igrejas, escolas, grupos de apoio) e do estabelecimento de redes sociais de apoio. Conseguimos mapear os idosos de risco da área de abrangência.

Os idosos que faltaram por avaliar a rede social foram poucos e foi devido a que no período da intervenção coincidiu com o período das chuvas em nosso Estado e foi muito difícil às vezes para algumas equipes cumprir com a programação de visita domiciliar.

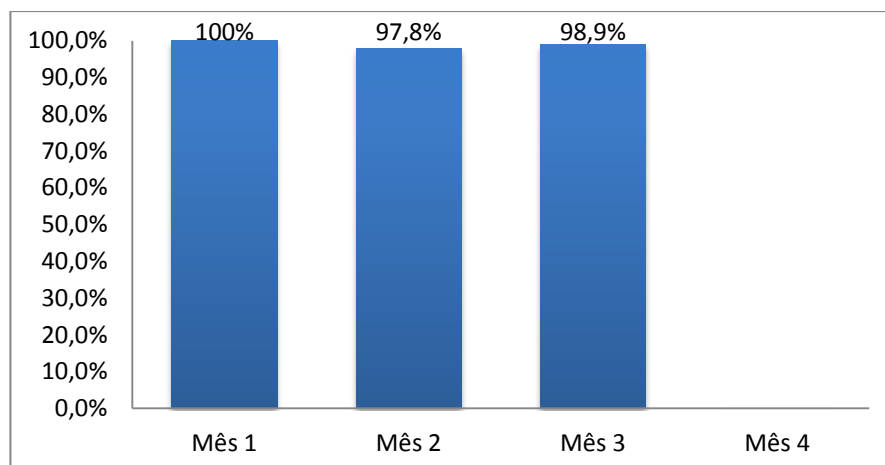


Figura 13. Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia.
Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos.

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

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

O indicador foi desenvolvido muito bem desde o início até o final da intervenção, conseguindo garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas. No primeiro mês foram 60 idosos (100%), no segundo 182 (100%) e finalizamos o terceiro mês com 357 (100%).

Tivemos muitas facilidades para realizar as ações atingindo bons resultados, como por exemplo: monitoramos o número de idosos com obesidade / desnutrição, fazendo o exame físico completo incluindo peso, comprimento e IMC (índice de massa corporal) dos usuários em cada consulta e nas visitas domiciliares sempre que foi possível. Nas reuniões de equipe se capacitaram aos ACS sobre orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos. Oferecemos palestras públicas e atividades de educação para a saúde dos idosos, orientando os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável" ou o "Guia alimentar para a população brasileira".

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.

Também foi uma excelente meta que logramos cumprir na totalidade. Nos três meses da intervenção garantimos orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos. No primeiro mês foram 60 idosos (100%), no segundo 182 (100%) e finalizamos o terceiro mês com 357 (100%).

Ao longo destas semanas fizemos muitas ações para obter os bons resultados, por exemplo: orientamos os idosos e a comunidade para a realização de atividade física regular, esta ação foi feita nas consultas, visitas domiciliares e palestras educativas oferecidas na sala de espera da UBS e nas ações de saúde desenvolvida na comunidade. Orientamos os idosos sobre os principais exercícios que eles devem fazer para a sua idade. Também capacitamos a equipe para orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular e promover a formação de grupos de idosos nas associações de bairros e nas comunidades para a realização de exercícios físicos periodicamente.

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.

Conseguimos coletar adequadamente este indicador, embora não atingíramos os 100%. No primeiro mês chegamos a 56 idosos (93,3%), no segundo mês 178 usuários (97,8%) e no terceiro mês garantimos as orientações sobre higiene bucal a 353 idosos para ótima proporção de 98,9% (Figura 14).

Esta ação foi realizada tanto pela enfermeira quanto pelo médico, orientando aos idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias. Também capacitamos a equipe para oferecer orientações de higiene bucal. Organizamos tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual, mas alguns médicos e enfermeiras não tiveram a possibilidade de oferecer orientações individuais de saúde bucal a todos os idosos pelo pouco tempo às vezes nas consultas e ações de saúde. Acredito que desenvolvemos de forma geral o objetivo de promover a saúde dos idosos.

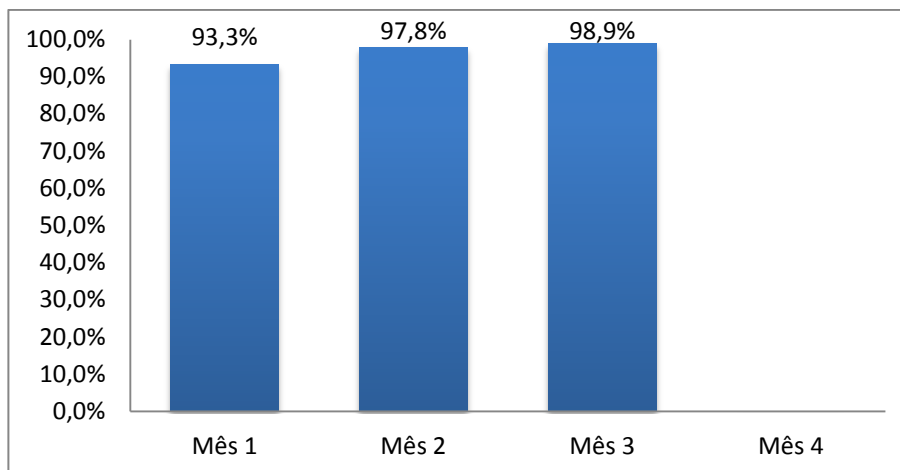


Figura 14. Proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

4.2 Discussão

Conseguimos atingir nosso objetivo central, de qualificar a atenção a Saúde dos Idosos desenvolvendo uma assistência integral e humanizada aos mesmos. Todas as equipes da ubS fizeram um bom trabalho na coleta de dados e nas atividades e ações de saúde desenvolvidas ao longo destas 12 semanas. Mesmo que não alcançamos todas as metas propostas, posso dizer que a realização da intervenção foi muito boa, pois as ações estão incorporadas nas atividades diárias de todos os profissionais da unidade.

A intervenção, em minha unidade básica de saúde, propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos idosos, embora não conseguimos cadastrar totalmente a cobertura proposta no projeto, mas o indicador evoluiu favoravelmente ao longo da intervenção.

Melhorou também a qualidade da atenção aos idosos porque fizemos avaliação multidimensional rápida, realizamos o exame clínico apropriado nos idosos incluindo exame físico dos pés com a palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso, além da medida da sensibilidade a cada três meses para diabéticos. Também rastreamos os idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de Diabetes Mellitus e realizamos a solicitação de exames complementares periódicos em hipertensos e/ou diabéticos. Conseguimos cadastrar um elevado número de idosos acamados ou com problemas de locomoção,

oferecendo visita domiciliar. Embora não conseguimos o número total proposto em algumas metas, como a prescrição de medicamentos da farmácia popular e a realização da primeira consulta odontológica, os indicadores avançaram muito bem durante a intervenção.

Propiciamos também uma melhor adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso, já que fizemos busca ativa dos idosos faltosos às consultas programadas. Melhoramos muito o registro das informações, porque implantamos o registro na ficha de acompanhamento/espelho. No entanto, apenas não conseguimos distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a nenhum idoso, pois não tínhamos em nosso município.

Obtivemos um excelente resultado no que tange a promoção da saúde aos idosos, fazendo orientações sobre higiene bucal, sobre hábitos alimentares e para a prática regular de atividade física.

Com a intervenção conseguimos mapear todos os idosos de risco da área de abrangência, rastreando-os para risco de morbimortalidade e investigando a presença de indicadores de fragilização na velhice.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao acolhimento de idosos, para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida e busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço. Tivemos que nos capacitarmos para oferecer orientações de higiene bucal, orientações sobre a realização de atividade física regular, orientação sobre hábitos alimentares saudáveis e orientação nutricional específica para idosos hipertensos e/ou diabéticos. Também realizamos a atualização dos profissionais no que tange ao tratamento da hipertensão e/ou diabetes, para oferecer uma atenção integral e de qualidade aos usuários.

Esta atividade promoveu o trabalho integrado do médico, da enfermeira, da auxiliar de enfermagem e dos ACS. Desde a primeira reunião realizada com toda a equipe, ficaram muito claras as atribuições de cada um dos profissionais. Minhas atribuições de médico foram muito importantes desde o início do trabalho, organizando e garantir os conhecimentos de toda equipe. As principais ações que fizemos foram treinar a equipe para o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas, capacitar a equipe para verificação da pressão arterial, realização do hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de

hipertensão arterial sistêmica. Além disto, orientamos os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdã. Capacitamos os profissionais para a identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa e de fragilização na velhice, além do correto preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos, como a ficha espelho.

Orientamos também os ACS sobre o cadastro, identificação, acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção e para a realização da avaliação da necessidade de tratamento odontológico. Também tivemos que monitorar o trabalho das outras equipes e garantir o cumprimento dos protocolos adotado na UBS para solicitação de exames complementares, realização de exame clínico apropriado e registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

As atribuições da enfermeira foram as seguintes: Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde, organizar a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares, priorizar o atendimento a idosos de maior risco de morbimortalidade, melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS e DM e organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção. Também garantiu os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropômetro, tabela de Snellen) e do material adequado para a aferição da pressão arterial (esfigmomanômetros, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde. Manteve um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde e realizou o controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

As principais atribuições da técnica de enfermagem foram orientar os idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde, sobre a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados ou com problemas de locomoção, organizar a agenda para realizar as visitas domiciliares e garantir o registro destes idosos acamados cadastrados no programa. Manteve um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

As atribuições dos ACS foram cadastrar todos os idosos da área de abrangência, orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita

domiciliar e organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos. Informaram a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da Unidade de Saúde e estimularam na comunidade, a promoção da socialização da pessoa idosa (trabalhos em igrejas, escolas, grupos de apoio) e do estabelecimento de redes sociais de apoio. Todas estas ações acabaram tendo impacto também em outras atividades no serviço, porque fomos exemplo para outras equipes.

Antes da intervenção as atividades de atenção a os idosos eram concentradas apenas no profissional médico e algumas orientações eram realizadas pelos ACS. Após o início da intervenção, a atenção aos idosos começou a ser um trabalho de toda a equipe. A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de idosos e tem sido muito importante para o serviço em geral. A melhoria do registro dos idosos viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea. Além disto, rastreou o risco de morbimortalidade, identificou a presença de indicadores de fragilização na velhice e aplicou a Avaliação Multidimensional Rápida. Foi muito importante à intervenção para o serviço porque permitiu um atendimento integral ao idoso, como oferecemos promoção de saúde, prevenindo doenças, e fazendo acompanhamento de usuários com DM, HTA, e acamados.

O impacto da intervenção já tem sido percebido pela comunidade. Os idosos demonstram satisfação com a prioridade no atendimento, mas apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos muitos idosos sem cobertura, e temos que continuar o trabalho.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde a análise situacional eu tivesse discutido as atividades que vinha desenvolvendo com a equipe. Acredito que faltou uma articulação com a comunidade e os gestores para explicitar os critérios para priorização da atenção e discutir a melhor maneira de programar isto. Agora que estamos no fim do projeto, percebo que a equipe está integrada, porém, como vamos incorporar à intervenção as rotinas do serviço temos condições de superar algumas das dificuldades encontradas, como enfatizar sobre os atendimentos odontológicos e exigir maior compromisso dos gestores e da secretaria de saúde para garantir a implementação da caderneta de saúde da pessoa idosa e do atendimento odontológico em nosso serviço.

A partir do próximo mês, com ajuda dos ACS pretendemos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de

priorização da atenção dos idosos em especial os acamados o com problemas de locomoção.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezados gestores,

Sou o médico Miguel Salinas Hidalgo, trabalho na UBS Alberto Lima do município Santana, Estado Amapá, onde eu e a minha equipe realizamos diversas ações para qualificar a atenção aos usuários idosos. A seguir, mostraremos a qualificação da atenção à saúde resultante da nossa intervenção.

Antes da intervenção, segundo o caderno de atenção básica (CAP) existia 92% dos idosos com orientação para atividade física regular, 43% com acompanhamento em dia, 68% portadores de Hipertensão arterial sistêmica, 50% com Diabetes mellitus e somente 3% deles com avaliação de risco para morbimortalidade. Além disto, não tínhamos nenhum idoso com a caderneta de saúde da pessoa idosa, com a realização de avaliação multidimensional rápida, com a investigação de indicadores de fragilização na velhice e nem com a avaliação de saúde bucal em dia. Assim, realizamos nossa intervenção entre os meses de abril a junho de 2015, onde desenvolvemos ações que contemplaram os quatro eixos pedagógicos (organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, engajamento público e qualificação da prática clínica). Participaram da mesma, 687 idosos residentes na área de cobertura da unidade.

Tivemos como principais resultados a ampliação da cobertura da atenção aos idosos, embora não conseguindo cadastrar todos os Idosos da área, o indicador evoluiu favoravelmente ao longo da intervenção, chegando ao terceiro mês à proporção de 52% (357 idosos). Melhoramos também a qualidade da atenção aos idosos, onde realizamos a avaliação multidimensional rápida em dia a 98,9% dos idosos; realizamos o exame clínico apropriado a 99,2%, incluindo exame físico dos pés e da medida da sensibilidade para diabéticos. Realizamos a solicitação de

exames complementares periódicos a 98,4%, no entanto, tenho que destacar que os profissionais solicitaram os exames, mas a maioria das vezes, os usuários não conseguiram fazer o mesmo, onde demoraram meses para trazer os resultados, pois não temos muitos laboratórios credenciados pelo SUS em nosso município. Assim, muitos tiveram que realizar os exames pelo sistema particular. Solicitamos que a gestão possa disponibilizar maior agilidade nos exames.

Priorizamos a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 76,5%, mesmo assim, tenho que ressaltar que apesar de fazermos a prescrição muitas vezes não temos os medicamentos disponíveis na farmácia da UBS. Necessitamos que a gestão mantenha a disponibilidade destes fármacos na UBS, para que possamos prestar nossa assistência integral.

Realizamos avaliação da necessidade de atendimento odontológico a 97,5%, rastreamos para Hipertensão Arterial Sistêmica 99,4% e rastreamos 99,5% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial (HTA) para Diabetes Mellitus (DM). Embora não conseguimos o número total proposto em algumas metas, os indicadores avançaram muito bem. Conseguimos cadastrar 32,5% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção e realizamos visita domiciliar a 100% deles. A comunidade ganhou muito com a intervenção, porque organizamos a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção. Orientamos a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar e a disponibilidade de visita domiciliar para aqueles que precisaram. Uma ação que fizemos muito importante para atingir esta meta foi de realizar a orientação os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

A ação que mais baixo ficou neste objetivo foi que só realizamos a primeira consulta odontológica a 23,2%. Tivemos muitas dificuldades para atingir a meta, porque ficamos carentes de especialistas de odontologia em nossa UBS. Falamos com o gestor e secretaria de saúde para que colocassem mais odontólogos, oferecessem mais vagas, mas o resultado não foi o esperado e não conseguimos atendimento prioritário aos idosos. As únicas ações que realizamos foi informar a comunidade sobre a importância de atendimento odontológico para saúde geral e capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico.

Propiciamos também uma melhor adesão dos idosos ao Programa, já que fizemos busca ativa dos idosos faltosos às consultas programadas a 88,2%. Além de não chegar aos 100%, melhoramos o registro das informações, porque implantamos o registro na ficha de acompanhamento/espelho a 71,7% dos idosos. A nossa dificuldade nesta ação foi que os gestores não proporcionaram a totalidade das planilhas espelhos necessárias para os mesmos.

Não conseguimos distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a nenhum dos idosos cadastrados. Esta meta só poderia ser realizada se a secretaria de saúde tivesse fornecido as Cadernetas de Saúde da Pessoa Idosa. Fizemos o pedido no início do trabalho e a resposta foi que deveríamos aguardar pela chegada de novas Cadernetas do Ministério, que até agora não chegaram.

Mapeamos os idosos de risco da área de abrangência investigando 100% dos idosos com presença de indicadores de fragilização na velhice. Obtivemos um excelente resultado na promoção da saúde, porque orientamos todos os idosos sobre hábitos alimentares e prática regular de atividade física. Conseguimos atingir 98,9% destes sobre as orientações de higiene bucal. Oferecemos palestras públicas e atividades de educação para a saúde dos idosos, orientando os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável" ou o "Guia alimentar para a população brasileira". Nas consultas, nas visitas domiciliares e nas palestras educativas oferecidas na sala de espera da UBS e nas ações de saúde desenvolvida na comunidade, orientamos os idosos sobre os principais exercícios que eles devem fazer para a sua idade. Também capacitamos a equipe para orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular e promover a formação de grupos de idosos nas associações de bairros e nas comunidades, para a realização de exercícios físicos periodicamente.

Os aspectos mais importantes que tiveram dificuldades na gestão para viabilizar e/ou melhorar a intervenção realizada foram à carência dos atendimentos odontológicos e a não implantação da caderneta de saúde do Idoso. Acreditamos que se garantirmos maior compromisso dos gestores e da secretaria de saúde, poderemos melhorar o desenvolvimento dos atendimentos aos idosos, ajudando a qualificar ainda mais o serviço, viabilizando a ampliação da intervenção e/ou a implementação de outras ações programáticas.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezados usuários,

Estaremos apresentando a seguir, o relatório da intervenção realizada no programa de saúde do idoso que foi desenvolvida na UBS Alberto Lima do município Santana, AP nos últimos três meses, com o objetivo geral de melhorar a atenção à Saúde dos Idosos. Através deste relatório, pretendemos analisar o trabalho desenvolvido até o presente momento, destacando os pontos fortes do mesmo e aqueles que ainda merecem uma atenção maior para se concretizarem em definitivo.

Nestas 12 semanas, conseguimos atingir nosso objetivo central, de qualificar a atenção a Saúde dos Idosos desenvolvendo uma assistência integral e humanizada aos mesmos. Tivemos como principais resultados a ampliação da cobertura da atenção aos idosos, com uma proporção de 52% (357 idosos). Embora que ainda, não conseguimos cadastrar totalmente a cobertura total destes usuários. No entanto, o indicador evolui favoravelmente ao longo da intervenção. Além deste, melhoramos também a qualidade da atenção aos idosos, porque conseguimos realizar diversas ações, como a avaliação multidimensional rápida em dia, o exame clínico apropriado, incluindo exame físico dos pés e da medida da sensibilidade para diabéticos. Também realizamos a solicitação de exames complementares periódicos, priorizamos a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular, realizamos a avaliação da necessidade de atendimento odontológico, rastreamos para Hipertensão Arterial Sistêmica e com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial (HTA) para Diabetes Mellitus (DM).

Também desenvolvemos ações voltadas ao cadastramos dos idosos acamados ou com problemas de locomoção e da visita domiciliar para todos os idosos cadastrados. Conseguimos cadastrar 32,5% dos idosos acamados ou com

problemas de locomoção e realizamos visita domiciliar a 100% deles. A comunidade ganhou muito com a intervenção, porque organizamos a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção. Orientamos também a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar e a disponibilidade de visita domiciliar para aqueles que precisaram. Uma ação muito importante que realizamos foi orientar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Mesmo com todas as dificuldades apresentadas no que tange a saúde bucal, conseguimos realizar a primeira consulta odontológica a alguns idosos. Também propiciamos uma melhor adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso, já que fizemos busca ativa dos idosos faltosos às consultas programadas.

Melhoramos o registro das informações, porque implantamos o registro na ficha de acompanhamento/espelho, apenas não conseguimos distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a nenhum idoso, pois não tínhamos em nosso município. Mapeamos os idosos de risco da área de abrangência e investigando 100% dos idosos com presença de indicadores de fragilização na velhice.

Obtivemos um excelente resultado na promoção da saúde, porque orientamos sobre hábitos alimentares, prática regular de atividade física e orientações sobre higiene bucal. Oferecemos palestras públicas e atividades de educação para a saúde dos idosos, orientando os idosos, cuidadores e a comunidade, sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável" ou o "Guia alimentar para a população brasileira". Nas consultas, nas visitas domiciliares, nas palestras educativas oferecidas na sala de espera da UBS e nas ações de saúde desenvolvida na comunidade, orientamos os idosos sobre os principais exercícios que eles devem fazer para a sua idade. Também capacitamos a equipe para orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular e promover a formação de grupos de idosos nas associações de bairros e nas comunidades, para a realização de exercícios físicos periodicamente.

O impacto da intervenção já é percebido pela comunidade, pois os idosos demonstram satisfação com a prioridade no atendimento, mas apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos muitos idosos sem cobertura, e temos que continuar o trabalho.

Acredito que faltou um pouco de articulação com a comunidade e os gestores, para explicitar os critérios da priorização da atenção e para discutir a melhor maneira de programar isto. É hora de reforçar a aliança com a comunidade. Percebo que a equipe está integrada, porém, como vamos incorporar à intervenção as rotinas do serviço, à comunidade pode apoiar o serviço para que a atenção à saúde na UBS seja cada vez melhor. Temos condições de superar algumas das dificuldades encontradas, como enfatizar sobre os atendimentos odontológicos e exigir maior compromisso dos gestores e da secretaria de saúde para garantir a implementação da caderneta de saúde da pessoa idosa e do atendimento odontológico em nosso serviço.

Como parte do relatório, queremos mostrar para a comunidade que através desta intervenção, todo idoso que consulta na UBS é acolhido, oferecendo-se uma atenção humanizada com orientação, acompanhamento e apoio domiciliar, respeitando os seus direitos e liberdade. Ainda temos demanda espontânea dos idosos, mas todo idoso que precise do atendimento médico é acolhido e atendido, respeitando seus direitos. Posso dizer que nenhum idoso fica sem atendimento e todos têm prioridade na atenção médica. Os atendimentos dos idosos são registrados no prontuário clínico, no entanto não temos caderneta de saúde da pessoa idosa. Realizamos o acolhimento às pessoas idosas de forma humanizada, na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos com ética, compromisso e respeito.

Prestamos a atenção contínua às necessidades de saúde da pessoa idosa, articulada com os demais níveis de atenção, com vistas ao cuidado longitudinal ao longo do tempo. A partir do próximo mês, com ajuda dos ACS pretendemos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção dos idosos em especial, os acamados o com problemas de locomoção.

Por todas as coisas expostas anteriormente, acredito que a intervenção foi muito importante para os idosos e toda a comunidade, que apoiou nas diferentes ações realizadas.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Minhas expectativas com respeito ao curso de especialização eram muito boas, pois pretendia com a mesma, melhorar a minha aprendizagem para obter uma melhor perspectiva do Sistema de Saúde Brasileiro, e desta forma, poder ter um melhor vínculo com os usuários, elevando a qualidade de nossas consultas para ofertar uma melhor qualidade de vida ao povo brasileiro. Considero muito positiva a relação educador-educando, com as trocas de vivências, culturas e conhecimentos principalmente as experiências na prática clínica da Atenção Primária a Saúde.

No início de nosso trabalho, tínhamos muitas expectativas com respeito ao desenvolvimento do curso. Acredito que as mesmas foram superadas, porque a realização da intervenção foi muito boa, mesmo que não alcançamos todas as metas propostas e não cadastramos totalmente a cobertura proposta no projeto, mas os indicadores evoluíram favoravelmente ao longo da intervenção e propiciou a ampliação da cobertura e qualidade da atenção aos idosos em minha unidade básica de saúde. Posso dizer que a intervenção teve muito significado para a prática profissional, porque as ações estão incorporadas nas atividades diárias de todos os profissionais da unidade, onde exigiu que todos nós fizéssemos atualizações e capacitações de diferentes temas.

Com o passar das semanas, fui gostando de interagir com meus colegas nos fóruns, onde fomos trocando ideias e conhecimentos no ponto de encontro, postando as experiências de trabalho e as diferentes tarefas do curso no fórum de saúde coletiva. Fizemos as tarefas da área clínica que foi uma grande fonte de aprendizagem. Também postamos todas as tarefas no DOE e interagimos com o professor, onde ocorreram muitas trocas de informação, que foi muito bom.

Antes da intervenção, as atividades de atenção aos idosos eram concentradas apenas no profissional médico e algumas orientações eram realizadas

pelos ACS. Após o início da intervenção, a atenção aos idosos começou a ser um trabalho de toda a equipe. A intervenção reviu as atribuições da equipe, viabilizando a atenção a um maior número de idosos e tem sido muito importante para o serviço em geral. A melhoria do registro dos idosos viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea. Além disto, rastreou o risco de morbimortalidade, identificou a presença de indicadores de fragilização na velhice e aplicou a Avaliação Multidimensional Rápida. Foi muito importante à intervenção para o serviço porque permitiu um atendimento integral ao idoso.

A educação a distância é uma forma de educação em que os alunos não são obrigados a comparecer fisicamente ao local de estudo. É uma ferramenta gratuita que cria conteúdo em tempo real a partir das informações disponíveis sobre vários temas, sem estar vinculado há horas de estudo em instituições educacionais, podendo desenvolver as atividades no ambiente residencial. Tenho que confessar que no início, eu acreditava que seria muito ruim esta modalidade de ensino. No entanto, agora percebo que a mesma é muito importante, porque permite uma adequada acessibilidade, oferecendo uma igualdade de oportunidades e facilita a democratização da educação, promovendo e desenvolvendo autoaprendizagem.

Apesar de tudo isto, foi muito difícil acessar o AVA, porque a conexão da internet é muito ruim, dificultando realizar o curso como nos queríamos. Também foi complicado preencher as planilhas de coleta dos idosos no sistema Excel e realizar os relatórios semanais no início da intervenção, pelo idioma e gramática, mas conseguimos aprender e realizar bons resultados. O curso me proporcionou inúmeras possibilidades de reflexões pedagógicas, de revisão de conceitos e teorias.

Posso dizer que a intervenção teve muito significado para a prática profissional, porque as ações estão incorporadas nas atividades diárias de todos os profissionais da unidade, onde exigiu que todos nós fizéssemos atualizações e capacitações de diferentes temas.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. Brasília, 2010. 44 p.: il. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12). Disponível em:

<<http://observasaude.fundap.sp.gov.br/pacto/Acervo/Cadernos%20do%20Pacto%20pela%20Sa%C3%BAde/volume12.pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p. il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19). Disponível em:

<<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad19.pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2015

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS SECRETARIA NACIONAL DE PROMOÇÃO DEFESA DOS DIREITOS HUMANOS. Coordenação Geral dos Direitos do Idoso. Dados sobre o envelhecimento no Brasil. Brasília – DF. Disponível em:

<http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoaidosa/dadosestatisticos/DadossobreoenvelhecimentoonoBrasil.pdf>> Acesso em: 15 mai. 2015

Manual de Normas da Universidade Federal de Pelotas. Disponível em: http://prg.ufpel.edu.br/sisbi/documentos/Manual_normas_UFPel_2006.pdf

SANTANA (AMAPÁ). In: WIKIPÉDIA, a enciclopédia livre. Flórida: Wikimedia Foundation, 2015. Disponível em:

<[https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Santana_\(Amap%C3%A1\)&oldid=43279799](https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Santana_(Amap%C3%A1)&oldid=43279799)>. Acesso em: 27 jan. 2015.

Apêndice

Apêndice A- Ações de saúde na comunidade.

Atendimentos a idosos em ações de saúde.





Atendimento aos idosos em visita domiciliar



Fazendo o exame físico á idosos.



Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo E - 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: