

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma nº 9**



Trabalho de Conclusão de Curso

Melhoria do Programa de Atenção à saúde da pessoa idosa na UBS/ESF N-08,
Bairro Novo Aleixo, Manaus/Amazonas

Yunior Yero Quesada

Pelotas, 2016

Yunior Yero Quesada

Melhoria do Programa de Atenção à saúde da pessoa idosa na UBS/ESF N-08,
Bairro Novo Aleixo, Manaus/Amazonas

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

Orientador: Jandro Moraes Cortes

Pelotas, 2016

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

Q5m Quesada, Yuniór Yero

Melhoria do Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na UBS/ESF N-08, Bairro Novo Aleixo, Manaus/Amazonas / Yuniór Yero Quesada; Jandro Moraes Cortes, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

115 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2016.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Saúde do Idoso 4.Assistência domiciliar 5.Saúde Bucal I. Cortes, Jandro Moraes, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedicatória

À união de nossos países que permitiram que este sonho hoje fosse realidade, a nossos povos que cada dia estão mais convencidos que um mundo melhor é possível. Aos impulsores e professores deste curso altruísta que, acreditaram que nosso trabalho pode mudar o estado de saúde do Brasil. A minha família que é o meu maior exemplo de amor.

Agradecimentos

Meus sinceros agradecimentos para:

Todas as pessoas que doaram um pouco de si para a conclusão deste trabalho.

A meu orientador: Jandro Moraes Cortes por toda sua dedicação, paciência e orientação durante todo o curso.

A minha equipe de trabalho por sua dedicação e apoio nesta caminhada.

A minha maravilhosa família e, em especial aos meus pais que longe aguardam meu regresso com o dever cumprido.

A meu colega de sempre Dr. Leodan Alarcón Verdecia por seu apoio incondicional em cada adversidade.

Resumo

YERO, Quesada, Yunior. **Melhoria do programa de atenção à saúde da pessoa idosa na UBS/ESF N-08, Bairro Novo Aleixo, Manaus/AM. 2016.** 115 fol. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

Internacionalmente através de instrumentos regulatórios estabelecidos em consenso pela OMS é classificada cronologicamente como idosa às pessoas com mais de 65 anos de idade em países desenvolvidos e com mais de 60 anos de idade em países em desenvolvimento. Classificação determinada pelos câmbios que se estabelecem nestas idades desde o ponto de vista tanto físico quanto psicossocial dado pelo processo natural de envelhecimento com instalação progressiva mudanças físicas e emocionais que expõe ao perigo a qualidade de vida dos idosos. O Brasil é um país que está envelhecendo, em relação a dados do IBGE, partindo desta necessidade crescente e com o objetivo de contribuir à melhora na qualidade de vida dos idosos de nossa comunidade, este foi o foco escolhido de conjunto por toda equipe após da realização da análise situacional e a identificação de fragilidades na atenção da saúde deste grupo etário. Realizou-se um projeto de intervenção, com o objetivo de melhorar a cobertura e a qualidade da atenção à saúde do idoso na UBSN-08, Bairro Novo Aleixo do Município Manaus/AM. A intervenção foi realizada no período de 12 semanas entre o mês de Outubro de 2015 a Janeiro de 2016. Durante a intervenção aumentamos a cobertura dos idosos, com a execução de ações específicas, melhoramos os registros e cadastros, realizamos mapeamento dos idosos, organizamos um arquivo específico e a agenda do serviço, realizamos atendimento de enfermagem, odontológico e médico, realizamos busca ativa e visitas domiciliares com as respectivas atividades de educação em saúde. Conseguimos cadastrar e acompanhar o total de 191 idosos residentes na área de abrangência para o 100% da meta atingida. Os resultados alcançados foram animadores, o 100 % dos idosos cadastrados tem avaliação multidimensional rápida, exame clínico em dia, todos idosos acamados foram acompanhados no domicílio, todos os idosos tiveram verificação da pressão arterial, avaliação da necessidade do tratamento odontológico, o 100% caderneta de saúde da pessoa idosa, avaliação de risco para

morbimortalidade, avaliação de rede social e indicadores de fragilização na velhice, assim como receberam orientações sobre promoção e prevenção de saúde. Os objetivos foram alcançados com a participação ativa da equipe sua capacitação e a colaboração da comunidade, que permitiu melhorar a qualidade no atendimento a nossos idosos. Com esta intervenção conseguimos a incorporação das atividades a rotina deste serviço. Continuaremos trabalhando com o cadastramento e avaliação de cada pessoa idosa que resida em nossa área de abrangência.

Palavras-chave: Saúde da família; Atenção Primária à Saúde; Saúde do Idoso; Prevenção; Promoção.

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico: Cobertura do programa de atenção à saúde da pessoa idosa na UBS.	75
Figura 2	Gráfico: Proporção de pessoas idosas com primeira consulta odontológica programática.	83
Figura 3	Fotografias: Unidade de saúde, Equipe da UBSF N-08 com grupos de idosos e estagiários.	104
Figura 4	Fotografias: Atividades de promoção em saúde com grupos de idosos	105
Figura 5	Fotografias: Atendimento clínico dos idosos acompanhados.	106
Figura 6	Fotografia: Ferramentas de trabalho e registros na intervenção.	107
Figura 7	Fotografia: Visita Domiciliar a idosa acamada acompanhada.	108

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos.

ACS	Agente comunitário da Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAIC	Centro de Atendimento de Integração da Criança
CAM	Câncer de Mama
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CAPS	Centro de Atendimento Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DM	Diabete Mellitus
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EaD	Educação à Distância
ESF	Estratégia da Saúde da Família
Fig.	Figura
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Pesquisa
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PCCU	Prevenção do Câncer de Colo de Útero
PMMB	Programa Mais Médicos para o Brasil
SEMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISCOLO	Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero
SISMAMA	Sistema de Informação do Câncer de Mama
SISPARENTAL	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar Nutricional
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNA-SUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

Sumário

Apresentação	
1 Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional	14
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	36
2 Análise Estratégica	37
2.1 Justificativa	37
2.2 Objetivos e metas	39
2.2.1 Objetivo geral	39
2.2.2 Objetivos específicos e metas	39
2.3 Metodologia	41
2.3.1 Detalhamento das ações	42
2.3.2 Indicadores	58
2.3.3 Logística	63
2.3.4 Cronograma.....	69
3 Relatório da Intervenção.....	70
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	70
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	73
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	73
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	74
4 Avaliação da intervenção.....	75
4.1 Resultados.....	75
4.2 Discussão	91
5 Relatório da intervenção para gestores	95
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	98
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	100
Referências	
Apêndices.....	
Anexos.	

Apresentação

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade EaD, o mesmo foi promovido pela Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS).

O trabalho foi constituído, metodologicamente, por uma intervenção com o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos idosos da Unidade de N-08 do município Manaus/AM. O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês de Outubro de 2015, quando começaram a ser postadas as primeiras tarefas; sua finalização ocorreu no mês de Janeiro de 2016, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado”.

O volume está organizado em cinco unidades de trabalho sequenciais e interligadas. Na primeira parte, observamos a análise situacional desenvolvida na unidade 1 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 2.

A terceira parte apresenta o relatório da intervenção, realizada ao longo de 12 semanas durante a unidade 3 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 4 com os relatórios da intervenção para gestores e comunidade, pode-se observar os apêndices ao final do trabalho. Na quinta 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. O Curso de Especialização em Saúde da Família tem como método de avaliação a entrega e discussão do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Minha Unidade Básica de Saúde da Família N-08 é de padrão antigo de 32 metros quadrados, pequena, com pouco espaço físico para locais com varias funções, se encontra localizada na Rua Gaivota, Bairro Amazonino Mendes na periferia da cidade, numa comunidade humilde e carente, no distrito de saúde norte do município Manaus/Amazonas, desde Fevereiro do 2014 estou trabalhando nesta equipe de saúde, onde se oferece à população 8 horas divididas em dois turnos de atendimento, de segunda feira a sexta feira no horário de 07:30 as 17:30 horas. Existe uma área geográfica de abrangência definida para o atendimento de sua população, com uma atualização permanente do cadastro da mesma; já que é uma área de migração da população, com características socioeconômicas desfavoráveis. Do número de trabalhadores da equipe de saúde, dos aspectos da estrutura física e materiais, nossa equipe conta com:

Em relação aos Funcionários contamos com: um médico clínico geral, um Enfermeiro, um Técnico de enfermagem, por cinco ACS (agentes comunitários de saúde) e um administrativo. Não temos Odontólogo, nem Assistente de saúde bucal, nem auxiliar de serviço geral pelo que os ACS fazem essa tarefa.

Os ambientes específicos que tem a UBS são: ao entrar temos como principal problema a presença de barreira arquitetônica na entrada, uma mureta que impede a entrada á unidade de pacientes cadeirantes ou com problemas de locomoção, já discutido com as autoridades de saúde e a comunidade, ao entrar na unidade temos a recepção que es um espaço que unifica vários áreas de trabalho e

atendimento: recepção dos pacientes onde fica o auxiliar administrativo (receptionista), tem espaço físico pequeno e inadequado para receber e acolher os usuários com espaço só para 6 usuários, com dois quadros murais, nós precisamos de aparelho reproduzidor de DVD para transmissão de vídeos com informações sobre cuidados e orientações em saúde da família, neste espaço se realiza também a triagem, palestras educativas, agendamentos de consultas e temos a área de nebulização, para isso conta com muitos equipamentos situados num espaço muito pequeno, como: duas cadeiras de três espaços, balança de adulto, mesa com balança infantil, mesa do administrativo, mesa de mensuração de comprimento infantil, três arquivos gaveteiros para pasta suspensa com prontuários dos usuários, cadeiras simples multiuso, assim como para as nebulizações onde as técnicas de enfermagem cumprem a indicação médica, temos uma central de nebulização com cinco saídas para tratamento, medicamentos e material gastável, nós precisamos de pia para o lavado das mãos e o instrumental reutilizável.

Temos uma consulta única onde se realizam as consultas médicas, as consultas de enfermagem, se realiza a coleta do preventivo nas sextas feiras, em horários que não temos atendimento em consulta se fazem os curativos não sépticos, as retiradas de pontos, se administram injeções como contraceptivos e outros, se administram vacinas como vitamina A, já que não temos locais para fazer esses procedimentos, assim como o atendimento de pequenas emergências, infusões venosas, triagem dos pacientes com atendimento no dia; na sala têm mesa, mesa escritório, cama ginecológica para exame, tratamento, (maca) com banquetela giratória, foco haste flexível, espéculos, uma cadeira, dois armários vitrine com glicômetro, tem esfigmomanômetro adulto e infantil; estetoscópio, detector ultrassônico (fetal), Otoscópio, Megascópio, estamos precisando de oftalmoscópio para o fundo de olho, nem lanterna clínica, para o exame clínico, conta com pia para o lavado das mãos após do exame físico e entre pacientes, materiais para curativo, solução fisiológica, Iodo, bisturi e gaze, faltando os instrumentais para fazer suturas.

Temos outra sala que é usada para unificação de outros serviços como esterilização com: a estocagem de material e autoclave, agendamento no Sistema de gerenciamento regulatório da rede básica conta com dois computadores únicos na unidade para uso coletivo, sem impressora já que nossa unidade não está padronizada para ter ainda faça as mesmas atividades do resto das unidades, entrega de cartão do SUS e atividades dos ACS, também está a farmácia e/ou

armazenamento de medicamentos: onde as técnicas de enfermagem tem o controle de entrega de medicamentos que são preconizados e disponibilizados pelo ministério da saúde de uso padrão na atenção básica de saúde, para o controle de doenças crônicas não transmissíveis como anti-hipertensivos, hipoglicemiantes orais, antiparasitários, antifúngicos, analgésicos, anti-inflamatórios, digestivos, antialérgicos, suplementos nutricionais, anticoncepcionais orais e injetáveis, Camisinha, entre outros, no mesmo espaço serve de copa com geladeira executiva, pouco funcional, pia e bebedouro.

A UBS tem só um sanitário para uso misturado de usuários e funcionários, não adaptados para deficientes, não tem abrigo para resíduos sólidos (expurgo).

Nossa unidade não tem sala para clínica odontológica, sala de vacinas, sala de triagem ou curativo, nem para farmácia, sala de ACS, nem sala de nebulização, nem sala para consultas de enfermagem, sala de copa ou espaço de depósito de material de limpeza, não possui depósitos de lixo fechados e com proteção contra roedor, nem o lixo é recolhido semanal de forma separada, não contaminado, orgânico, hospitalar e reciclável, só tem a lixeira de lixo hospitalar sem cadeado, na frente da unidade.

O atendimento é feito através de Consultas agendadas pelos ACS por ordem de prioridades estabelecidas, com cobertura para Demanda em aplicação dos programas e protocolos do serviço existentes, Saúde da mulher, Planejamento familiar, atenção pré-natal e puerpério, Puericulturas, Hipertensão (hipertensos-diabéticos), saúde do homem, adolescentes e idosos, saúde escolar, atendimento e acompanhamento domiciliar e acompanhamento de programas sociais como leite de meu filho e bolsa de família. Fazemos reuniões da equipe duas vezes no mês, onde damos solução a questões administrativas, funcionamento, processos de trabalho, diagnóstico e monitoramento do território, planejamento das ações da equipe, discussão de casos e atividades de educação permanente, com compromisso a melhorar o atendimento, a cobertura em saúde, modificar estilos de vida e o estado de saúde da população.

A relação entre os integrantes da equipe é fundamentada na ética, centrada no respeito e ajuda, na busca de soluções aos problemas que no trabalho diário vão surgindo e a relação com a comunidade e o trabalho é das melhores, no início teve certa resistência mas hoje o grau de satisfação da população se incrementou

muito e as modificações no estilo de vida e o estado de saúde da população são visíveis, tendo parcerias com escolas e associações.

Os principais problemas de saúde são: a presença de lixo e roedores nas ruas e vivendas de moradores, com a poluição do igarapé que passa pela área de abrangência com alto índice de vetores, com incidência de doenças da pele, alta incidência de pacientes Hipertensos, assim como as doenças em relação aos problemas sociais como: adição a droga (constituindo área vermelha), Tabagismo, Etilismo e consumo de medicamentos controlados.

Concluimos que, temos muitos problemas construtivos na UBS que limitam as ações de saúde encaminhadas a satisfazer as necessidades da população como são: a presença de barreira arquitetônica que limita o acesso dos pacientes deficientes físicos assim como a falta de banheiros para usuários cadeirantes e deficientes, temos pouca estrutura disponíveis para as consultas diferenciadas, pois compartilhamos a mesma consulta com a enfermeira, não temos salas de vacinas, nebulização, curativo, gerencia, escovário, limpeza, reuniões, odontologia, dispensário de medicamentos, almoxarifado, de ACS, de coleta de exames, cozinha, expurgo o que dificulta a qualidade nas consultas e atenção em geral, além de criar um ambiente desfavorável para o desenvolvimento da equipe, determinando afinamento e influenciando em violações das normas de higiene e epidemiologia. As paredes e pisos não são os mais indicados para o lavado e prevenção de acidentes, as pilhas e torneiras não são as indicadas para as instituições de saúde, impedindo o adequado manejo das normas de higiene e epidemiologia.

Faltam integrantes vitais para a atenção integral na saúde da família como especialistas odontológicos, dois ACS, pessoal de limpeza, auxiliar de farmácia e educadores físicos. A segurança é deficiente só temos gradas nas janelas e porta frontal. Nossa UBS não tem NASF de nosso distrito perto o que dificulta a continuidade e resolutividade de doenças na atenção primária de saúde, tendo que referenciar os pacientes a instituições que não dão resposta imediata às demandas da população.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Nos últimos anos, o Brasil vem apresentando um novo padrão demográfico que se caracteriza pela redução da taxa de crescimento populacional e por transformações profundas na composição de sua estrutura etária, com um significativo aumento da população de idosos. Estas modificações, por seu turno, têm imprimido importantes mudanças também no perfil epidemiológico da população, com alterações relevantes nos indicadores de morbimortalidade.

Os indicadores evidenciam as múltiplas realidades sociais presentes no País, das quais a saúde constitui uma faceta, e contribuem para a formulação de políticas e programas que visem à melhoria das assimetrias em saúde, em consonância com as diferenças demográficas, epidemiológicas e socioeconômicas que caracterizam o país; uma das estratégias estabelecidas pelo governo federal para dar solução a esta realidade é o Programa Mais Médicos para o Brasil que permite melhorar a cobertura em Atenção Primária de Saúde mas determina modificações dos enfoques em saúde, na organização dos serviços de saúde e melhoras na estrutura física da rede Básica de saúde em todo o país, com incremento na demanda nos níveis secundários e terciários de saúde. (IBGE, 2009),

Nossa equipe se encontra localizada na região norte do município de Manaus, a organização dos serviços de saúde no município está distribuída em 5 distritos de saúde: (Norte, Sul, Leste, Oeste, e Rural), nós pertencemos ao Norte. Manaus passa por mudanças no sistema de saúde, a partir do reordenamento da Atenção Primária de Saúde com a implantação da Rede Saúde Manauara, modificando a fragmentação atual das ações de saúde, focada nas condições agudas sem a devida atenção às condições crônicas, melhorando a oferta de serviço.

O município de Manaus/AM tem uma população de 1.982.179 habitantes, dos quais só 633.496 ou seja, em torno 32% tem cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF), são 237 UBS em geral, destas 20 postos de saúde rural, em 158 equipes básicas de saúde da família, todas distribuídas nos 5 distritos de saúde (MANAUS, 2014).

Para garantir a prestação de serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde da população, Manaus possui uma rede composta por: 16 hospitais de grande porte, com 5 maternidades, uma central de Serviço de

Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), com oito bases descentralizadas (18 ambulâncias de suporte básico, 7 de suporte avançado), dois Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), dez serviços de pronto atendimento (SPA), oito policlínicas; em nosso distrito contamos com 4 NASF que se localizam longe da nossa área de abrangência, um centro de referência em saúde do trabalhador, um serviço de fisioterapia, três centros de especialidades odontológicas (CEO), dois centros de apoio diagnóstico distritais, um laboratório de citopatologia, um laboratório de vigilância em saúde, um centro de controle de zoonoses, dois Departamentos de Logística em Saúde e uma central de medicamentos (MANAUS, 2014).

Eu trabalho numa UBS urbana, modelo tradicional numa equipe de estratégia em saúde da família, em estreito vínculo com o SUS e as instituições de ensino do município como: a universidade Nilton Lins e Centro Literatus, Universidade Federal do Amazonas, realizando estágio estudantes de enfermagem, técnicos de enfermagem e farmacêuticos; chamada popularmente de casinha: UBS N-08, localizada na zona Norte do município, limitando com a zona Leste; é de padrão antigo de 32 metros quadrados, pequena para a demanda da população, com pouco espaço físico, com locais misturados com várias funções. Temos dificuldades tanto de estrutura física, quanto no número de trabalhadores da equipe da saúde, o que influencia negativamente, no acompanhamento adequado da população da área de abrangência.

Em relação aos funcionários, temos só um Técnico de enfermagem para todas as responsabilidades de sua competência técnica como vacinas, medicamentos, administração de medicações, nebulização, orientações de enfermagem, controles das informações, triagem, visitas domiciliares e curativos e assistência ao citopatológico, pelo que o resto da equipe tem que apoiar para cumprir com as exigências; de 7 ACS só contamos com 5 e 1 deles é funcionário administrativo, que apoia o trabalho por que as outras duas foram afastadas ou trocadas para outras funções por problemas de saúde, determinando que se excedam na quantidade de população e o trabalho seja sobrecarregado ao atender os pacientes das microáreas descobertas.

Não temos odontólogo, Assistente de saúde dental, nem locais para esse fim, pelo que temos dificuldade para dar suporte de tratamento dental a nossos usuários; o maior problema correm as grávidas e crianças pelos riscos dos quadros infecciosos. Não temos auxiliar de serviço geral, porque nossa unidade é de padrão

antigo que é atendida diretamente pela Secretaria Municipal de Saúde que dá suporte de material de limpeza mas não de servidor para essa função, tendo que ser feita pelos 5 ACS com a maior boa vontade ao fazer a tarefa, mas que determina desvio de suas funções, e sem conhecimento das normas básicas para realizá-la.

Temos um problema grave e dificuldade para resolver, trata-se da presença de um muro de contenção de água ao frente da UBS que limita o acesso à consultas dos pacientes cadeirantes e idosos, já discutido com as autoridades de saúde e a comunidade, ante os problemas para o atendimento na unidade dos mesmos, estamos fazendo o acompanhamento através de visitas domiciliares e os beneficiados estão muito contentes com a estratégia, já que evita ter que ir sozinhos às consultas e estão no ambiente familiar, onde podemos ajudar no cuidado familiar.

Nossa recepção é pequena e, unifica várias áreas de trabalho e atendimento: recepção dos pacientes onde fica o auxiliar administrativo (receptionista) é inadequado para receber e acolher os usuários, com lugares só para 6 usuários, se realiza a triagem, palestras educativas, agendamentos de consultas e área de nebulização, para isso conta com muitos equipamentos.

Temos uma sala de consulta única, onde se realizam as consultas médicas alternadas com as de enfermagem, com horário rotatório entre 7:30 a 11:30 e 12:30 a 5:30 h, se realiza a coleta do preventivo e em horários que não temos atendimento em consulta se fazem os curativos não sépticos, as retiradas de pontos, se administram injeções como contraceptivos, atendimento de pequenas emergências e outros; já que não temos locais para fazer esses procedimentos o que determina um menor número de consultas para ambos já que contamos com um turno de trabalho ao dia para consultas na UBS e, o resto para visitas domiciliares, e aumenta o risco de violações das normas da vigilância em saúde.

Nossa UBS não tem sala de vacinas, sala e triagem e curativo, de farmácia, sala de ACS, nem sala de nebulização, nem sala de consulta de enfermagem, copa ou espaço de depósito de material de limpeza, não possui depósitos de lixo fechados e com proteção contra roedor nem o lixo é recolhido uma vez por semana de forma separada, não contaminado, orgânico, hospitalar e reciclável, só tem lixeira de lixo hospitalar (sem cadeado), na frente da unidade; não tem sala de gerência, almoxarifado, escovário, salas de reuniões, expurgo e tem só um sanitário pequeno para usuários, funcionários e deficientes, o que determina insatisfação da população e um ambiente desfavorável para o desenvolvimento da

equipe, influenciando nas violações das normas de higiene e epidemiologia, com riscos de transmissão de doenças e riscos de acidentes; e não temos NASF de nosso distrito perto, o que dificulta a continuidade e resolutividade de doenças na atenção primária de saúde, tendo que referenciar os pacientes para instituições que não dão resposta imediata às demandas da população.

Nosso desafio é grande, mas com as estratégias tomadas para garantir o atendimento aos pacientes com limitações para acessar às consultas, através de visitas domiciliares melhoramos o atendimento dos mesmos e evitamos sobrecarregar as consultas, que por só ter um local comum, são poucas. Estabelecemos escalas para o cuidado da limpeza e, organização dos locais por dias com os ACS e Administrativo, assim como o apoio às diferentes ações da técnica de enfermagem pelo resto da equipe, temos dividido entre, o resto dos ACS e o administrativo, o atendimento das microáreas descobertas para evitar falhas no acompanhamento, sobretudo das ações programáticas e programas priorizados.

Sabemos que temos que trabalhar e discutir mais, com o conselho local de saúde e levar ao conselho municipal para dar solução aos problemas estruturais e, com a formação de novos agentes comunitários para obter uma melhor cobertura em saúde.

Também temos problemas que limitam as ações de saúde encaminhadas a satisfazer as necessidades da população, sobre a disponibilidade e quantidade de equipamentos e instrumental que existe na Unidade Básica de Saúde, já que não contamos com oftalmoscópios, para o atendimento dos usuários com doenças que precisem de sua execução nem para a pesquisa de fundo de olho para os idosos, pacientes hipertensos e diabéticos diminuindo as possibilidades diagnósticas de complicações em estágios iniciais. Nem instrumental e material de suturas que, limita o atendimento dos usuários com feridas e doenças de cirurgia menor, mas não existe a sala para a realização dos procedimentos.

Em relação à existência de sistema de manutenção e reposição de equipamentos, instrumentos e mobiliário, é insuficiente já que existe demora do mesmo e não é realizada periodicamente. Neste último semestre no mês de março fomos objeto de uma manutenção e remodelação superficial da unidade que favoreceu a imagem da mesma e melhorou as conexões elétricas e o a disposição dos residuais líquidos que até então foram causa de problemas na unidade. Ficando pendentes muitos problemas como espaço físico, barreira arquitetônica, banheiro

comum, meios de segurança entre outros. Nem temos um sistema de revisão da calibragem de esfigmomanômetros e balanças periódico, temos que informar a deficiência e a resposta é demorada.

Em nossa Unidade Básica de Saúde só possui um Microcomputador para toda a equipe dificultando o acesso ao mesmo, mas a finalidade de uso é adequada; outro computador está pendente de reparar e não temos impressora o que limita as ações de promoção em saúde e dificulta a entrega de informações vitais para o acompanhamento dos pacientes e marcações de exames e consultas especializadas. Na UBS, não temos disponibilidade de equipamentos e instrumentos de comunicação, informação e informática em condições de uso para as atividades diárias, temos disponibilidade só no Distrito de Saúde, para seu uso temos que informar as ações a desenvolver, programadas cada mês com antecipação. Os Agente Comunitário de Saúde não tem meios de locomoção para o deslocamentos pelo território de abrangência da UBS, dificultando a frequência nas visitas domiciliares, além de ser uma “área vermelha”, com grandes riscos de agressão.

Em relação à disponibilidade e quantidade de medicamentos na UBS, de acordo com a relação determinada na Portaria Nº 4.217 do 28 de dezembro de 2010, na Portaria nº 3.916/GM, de 30 de outubro de 1998, que estabelece a Política Nacional de Medicamentos e define as diretrizes, prioridades e as responsabilidades da Assistência farmacêutica para os gestores federal, estadual e municipal do SUS, aos anexos I e II, III e IV, temos deficiência no fornecimento dos mesmos dentro da UBS, além de serem oferecidos gratuitamente à população pelo município e o estado nas unidades maiores com locais para farmácia e farmacêutico, nas Farmácias populares e outras, constituindo um problema porque a maioria dos pacientes que precisam de tratamento contínuo são Hipertensos, idosos e não temos unidades maiores, nem farmácias populares perto no bairro, constituindo causa de abandono e descontrole das doenças.

Nossa UBS não tem sala de vacinas, pelo que não aplicamos as vacinas do Calendário Nacional de Imunizações atualmente vigente no país, só aplicamos as estabelecidas nas campanhas nacionais em locais adaptados, o que diminui o grau de satisfação da população e favorece ao atraso nos esquemas de crianças e grávidas ao ter que se deslocar para outras unidades, igualmente acontece com o acompanhamento odontológico que ao não dispor do serviço temos muitas deficiências no acompanhamento da saúde bucal, já que além da equipe realizar a

pesquisa através do exame bucal a todos os pacientes atendidos e estabelecer o diagnóstico, se perde na solução do problema pela falta do atendimento especializado.

Não contamos com sala de coleta de exames, nem profissionais para o mesmo, pelo que não se realizam, e existe demora na realização e os resultados dos mesmos, os teste rápidos são oferecidos nas unidades maiores a toda a população e não temos perto de nosso distrito. As estratégias de agendamento que a equipe da UBS utiliza para a marcação de consultas na atenção especializada são adequadas às necessidades da população, mas as consultas são demoradas, e nem sempre tem vagas disponíveis sobretudo para endocrinologia e neurologia. Na UBS temos maior acesso a protocolos e livros em formato impresso, os materiais didáticos em formato digital para o desenvolvimento das atividades inerentes à rotina de atendimento na Atenção Básica à Saúde são mais difíceis de revisar, porque só temos um computador para uso comum de todos os funcionários.

Ante as dificuldades que apresentamos em nossa UBS que são determinadas primeiramente pela estrutura da mesma, e das instancias de direção no estado e município, nosso equipe em conjunto com o conselho local de saúde da área temos estabelecido estratégias com parcerias nas instituições maiores que pertencem a outros distritos de saúde, mas estão mais próximos de nossa área de abrangência, para dar satisfação às demandas da população em relação às afeções de cirurgia menor, odontologia, ginecologia e outros especialistas, medicamentos da rede básica, vacinas do programa nacional e realização de exames diagnósticos e consultas especializadas, logrando-se através de Distrito de Saúde a avaliação integral de grupos de usuários priorizados como os pacientes diabéticos, por nutrição, nefrologia e psicologia. Outra estratégia importante tomada foi a avaliação dos pacientes que sofrem de doenças pendentes a avaliar por endocrinologia e neurologia por especialista de clínica médica, diminuindo a espera de consultas por estas especialidades com bons resultados.

Temos realizado reuniões com as instâncias de direção em relação a instrumental, melhorar o sistema de manutenção dos esfigmomanômetros e balanças estabelecendo uma periodicidade adequada, com respostas favoráveis, assim como o aumento das vagas por UBS das consultas especializadas. Outra estratégia tomada em nosso município e que a realização dos exames

complementares, aos pacientes com deficiências físicas e com doenças mentais se realizam em seus próprios domicílios, além disso dando prioridade para as consultas especializadas, garantindo uma melhor qualidade de vida para os mesmos e apoio ao paciente e sua família.

Em relação às atribuições dos profissionais, observamos que depois de ter feito as discussões no ano passado sobre as mesmas, temos logrado um melhor trabalho em equipe, mais integrado e eficaz, já que se trabalha de acordo com o estabelecido pelo ministério de saúde do Brasil em relação às atribuições dos profissionais da atenção básica de saúde, participando do processo de definir o território e mapeamento da área de atuação, que a partir de explicar a importância do mesmo, o ano retrasado se logrou avançar muito, tendo algumas dificuldades pela frequente migração de famílias, desde nossa área, pelo que constantemente estamos aportando novos dados e estabelecendo constantemente as pautas de trabalho, por meio da Identificação de famílias e grupos expostos a riscos, assim como de agravos em usuários como: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), tuberculose, hanseníase, identificando equipamentos e redes sociais como comércios locais, igrejas, escolas, grupo de mães, idosos, associação de moradores e conselho local. Realizamos acompanhamento diário por meio das visitas domiciliares, aos pacientes que precisam, priorizando idosos, deficientes físicos, cadeirantes, acamados, grávidas, puérperas e crianças menores de 2 anos, assim como atividades de educação em saúde na escolas e igreja católica, que com maior frequência interatua conosco, assim como também se realiza a busca dos pacientes faltosos nas consultas agendadas.

Temos como dificuldade importante, que não contamos com medicamentos para dar suporte a emergências médicas, além de ser limitada pelas características deficientes da unidade de saúde, a falta de estrutura para o atendimento adequado das mesmas e a realização de procedimentos como pequenas cirurgias.

Em situações de internação hospitalar, não se realiza acompanhamento hospitalar porque os hospitais estão muito distantes da área de abrangência, e não contamos com meios de transporte para os ACS. Ante as dificuldades que a equipe vem apresentando para a realização do atendimento adequado a situações de urgência-emergência e a realização de pequenas cirurgias, temos discutido o tema com os gerentes e com a secretaria de saúde sem obter respostas satisfatórias, só

temos como alternativa o encaminhamento a grandes unidades que dão suporte e ativação do sistema de emergências para traslado. Para o acompanhamento hospitalar temos como estratégia da equipe, obter informações por meio de visitas domiciliares aos familiares e a informação por via telefônica.

Com relação aos dados demográficos, e comparar com as estimativas registradas de acordo com a distribuição brasileira, chega-se à conclusão que temos na equipe um problema importante com o número de integrantes, já que temos só 4 ACS para 7 microáreas de abrangência, e só uma técnica de enfermagem, implicando que existam insuficiências no cadastro geral e dos grupos priorizados e acompanhamento inadequado dos mesmos.

Em relação à distribuição da população por sexo e faixa etária, estão em correspondência com as estimadas, exceto naquelas que incluem as idades entre 20-45 e 50-55, diferença que está determinada pelas características da localidade, já que Manaus é um município com um grande desenvolvimento econômico e fonte de emprego, além de estar em etapa de crescimento e a população que geralmente migra para a nossa área que limita o Distrito Norte com o Distrito Leste são pessoas em idade laboral - acima dos 20 anos com famílias em etapa de formação em plena atividade física - constituindo em grande parte da mesma, moradias de trânsito durante a migração à cidade, com condições regulares de vida até obter melhoras econômicas e aumento do número de pessoas na família, momento no qual com frequência mudam da área em busca de melhores condições de vida.

O número de menores de um ano, da área de abrangência, é menor a estimativa e está determinado pelas características da localidade, da migração populacional e das condições de vida que encontram os mesmos, já explicado anteriormente, que determinam que uma vez que o número de integrantes na família aumenta precisam de melhores condições, só para reafirmar a maior fonte de ingresso dos moradores antigos da localidade é o aluguel de pequenos locais para moradia (quitinetes).

Questão similar acontece com as grávidas, que procurando melhores condições de atenção pré-natal e perinatal migram à cidade. Mas o atendimento ao pré-natal e ao primeiro ano de vida se está com grande fluxo de demanda da população fora da área de abrangência, por exemplo, atendemos 21 grávidas fora de área e 33 crianças fora de área de abrangência, área que tem similares características migratórias a nossa. Indicadores que tem melhorado após do

trabalho em educação em saúde com nossa população, já que anteriormente tínhamos mais fora de área e menos de nossa área de abrangência.

Também temos deficiências no registro dos pacientes com Hipertensão e Diabetes Mellitus maiores de 20 anos, e está determinado pela quantidade de população descoberta pelos ACS, quase em 43%, a maioria dos registros são diagnosticados neste último ano de trabalho, graças ao direcionamento do mesmo às ações programáticas e aos grupos priorizados, que anteriormente não foram trabalhados assim.

Com relação ao acolhimento e o atendimento à demanda espontânea em nossa UBS não temos grandes dificuldades, toda a equipe está comprometida e sensibilizada com os pacientes que precisam de atendimento, temos duas vagas em cada turno de trabalho e trabalhamos também com o uso da desistência, tanto para eles como para os pacientes fora de área que também tem duas vagas em cada turno, todos são ao menos orientados e suas preocupações atendidas; só temos problemas com aquelas que não temos como dar solução na unidade, pela falta de recursos ou instrumental e temos que encaminhar a outras unidades ou especialidades, encontrando dificuldades para o traslado e resistência dos mesmos, referendo que demoram muito para o atendimento.

Atenção ao Pré-natal e Puerpério

Oferecer atenção integral de saúde a toda a população em geral cumprindo com os princípios que preconiza o SUS, dentro da mesma localidade do usuário é o sonho de todo país, de todo governo digno e principalmente de todo profissional de saúde que se sente responsável com o compromisso de salvar vidas e prevenir agravos, mas oferecer a mesma atenção a grupos tão sensíveis e importantes como ao programa materno-infantil, é proeza que enche de orgulho quando é feito com entrega, em nossa equipe o resultado em pouco tempo é palpável. Nossas grávidas conscientizaram a importância de realizar o acompanhamento com a equipe para prevenir agravos, temos notado uma diminuição das faltas a consultas, são mais responsáveis com o cumprimento das orientações, temos maior vinculação das mesmas na maternidade, os esposos participam nas consultas, temos maior acolhimento ao acompanhamento do puerpério e as puericulturas e, maior aceitação do aleitamento materno como principal fonte de alimentação nos primeiros 6 meses.

Uma das ferramentas que ajudaram, é o registro desenhado pela nossa equipe para o Pré-natal e o puerpério, que permitiram o preenchimento completo dos dados correspondentes no caderno de ações programáticas, para o mesmo fim. Pelo que penso que a cobertura de Pré-natal e do puerpério de nossa área, além de faltar integrantes na equipe é bom, um exemplo disto é que os indicadores avaliados da mesma, estão em correspondência com o preconizado pelo ministério de saúde, e além de nossa área, atendemos muitas grávidas fora da mesma, com muito bons resultados.

Brindamos atendimento ao 100% das grávidas cadastradas na área de abrangência (total de 28), e atendemos demanda de fora de área, o atendimento se realiza em dois turnos entre a enfermeira e médico, após da consulta a gravida, sai com a próxima consulta agendada e as orientações, sempre no cartão da gestante indispensável para o atendimento e na agenda da unidade, assim como no prontuário da mesma que fica no arquivos das gestantes para uso da equipe nas consultas e intercorrências. Além das consultas agendadas do pré-natal, temos disponibilizado sempre vagas para o atendimento a gestante tanto da área como fora de área com problemas agudos ou agravos de saúde. Para o atendimento do pré-natal e os problemas de saúde agudos, contamos com protocolo de atuação na unidade, disponibilizados pelo ministério de saúde brasileiro e disponível para toda a equipe. No atendimento integral ao pré-natal em nossa UBS se realizam todas as ações desenvolvidas na atenção primaria, desde a promoção e prevenção em saúde até o tratamento oportuno e avaliação de saúde mental, sempre tendo em consideração a classificação do risco gestacional. Em caso de necessidade de atendimento especializado ou de urgência, as mesmas são encaminhadas a instituições de nível superior para dar cobertura à demanda apresentada. Também fazemos trabalho de educação em saúde com os grupos de grávidas, para assim ressaltar as orientações e cuidados das mesmas, a alimentação saudável, e a importância da vacinação, os exames complementares e os suplementos de ferro entre outros aspectos importantes.

Ao igual que com o Pré-natal a cobertura de acompanhamento ao puerpério de nossa área, além de faltar integrantes na equipe, pode ser avaliada como satisfatória, um exemplo disto é que os indicadores avaliados na mesma estão em correspondência com o preconizado pelo ministério de saúde, e além de nossa

área, atendemos muitas de fora da mesma, que fizeram também o pré-natal conosco, com muito bons resultados.

É brindado o atendimento a 100% das puérperas cadastradas na área de abrangência (total de 42 no último ano), e atendemos demanda de fora de área, o atendimento se realiza em dois turnos entre a enfermeira e médico, no mesmo dia do atendimento das crianças menores de 2 anos sempre que é possível junto com o pai ou se é adolescente com um responsável, temos determinada a primeira visita pelo ACS, que agenda a consulta para a enfermeira nos primeiros 7 dias, onde se dão todas as informações em relação aos cuidados do Recém Nascido se reforça a importância do aleitamento materno exclusivo, orientado desde o pré-natal e dá-se ênfase na prevenção dos acidentes domésticos, após a consulta informa-se a sua próxima consulta em relação ao preconizado pelo ministério de saúde, para o atendimento do Puerpério e durante o primeiro ano de vida. Além das consultas agendadas do puerpério temos disponibilizado sempre vagas para o atendimento às mesmas tanto da área como fora de área com problemas agudos ou agravos de saúde.

O atendimento integral ao igual que no pré-natal é continuada no Puerpério, para isto se realizam todas as ações desenvolvidas na atenção primária desde a promoção e prevenção em saúde até o tratamento oportuno e avaliação de saúde mental. Em caso de necessidade de atendimento especializado ou de urgência as mesmas são encaminhadas a instituições de nível superior, tendo prioridade nas 5 maternidades da cidade, de preferência naquela que teve o parto, para dar cobertura à demanda apresentada, se explica sempre nas orientações que nos primeiros 28 dias o atendimento na maternidade onde teve parto é garantido ante qualquer intercorrência, sem precisar de encaminhamento. Também fazemos trabalho de educação em saúde com os grupos das puérperas no dia de atendimento junto com as orientações dos recém-nascidos, para assim, ressaltar as orientações e cuidados das mesmas, a alimentação saudável, e a importância das consultas, os exames complementares e os suplementos de ferro entre outros aspectos importantes.

Toda a equipe está à disposição do atendimento integral ao pré-natal e o puerpério, com o objetivo de obter que os mesmos fluam sem agravos, evitando complicações e diminuindo assim a morbimortalidade materno-infantil, como

indicador fundamental no estado de saúde e do sistema de organização dos serviços de saúde brasileiros.

Os problemas que temos no acompanhamento do pré-natal e o puerpério estão determinados pela ausência de serviço de odontologia e ausência de local de vacinação, ainda seja coberta por unidades maiores que contam com esses serviços através da coordenação e parceria entre nossas unidades e a existência de grande parte da área de abrangência descoberta de ACS.

Atenção à Saúde da Criança

A saúde da criança é um pilar fundamental nos indicadores de qualidade do estado de saúde e da organização dos serviços de saúde dos países, sendo o atendimento adequado à mesma de extrema importância para modificar as taxas de morbimortalidade, nesta etapa tão frágil e importante da vida, por isso a qualidade no processo de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento na idade pediátrica é prioridade no Brasil através do SUS.

Em minha UBS, se realiza atendimento de puericultura a todas as crianças desde 0 mês até aos 72 meses da área de abrangência, a mesma se realiza um dia da semana, em dois turnos entre a enfermeira e o médico, sendo atendidas também às crianças fora de área que fazem acompanhamento conosco, que são ao redor do 25%, a primeira consulta realizada que coincide geralmente com a visita domiciliar exceto nos fora de área que se dificulta o atendimento domiciliar, é informado aos responsáveis a frequência das consultas dos mesmos até os 2 anos de idade, e se faz um registro em ficha espelho por microárea para realizar o controle das mesmas, que permite que ao sair das consultas o ACS informe a próxima consulta para a responsável. Damos cobertura de atendimento também à demanda espontânea para problemas de saúde agudos, tanto da área de abrangência como da população infantil fora de área, não temos excesso da mesma já que temos vagas para esses agravos e na maioria são resolvidos através das visitas domiciliares, em caso de não ter em nossas mãos a resolutividade do agravo, orientamos e encaminhamos para unidades de maior nível de resolutividade e especialidades.

As consultas de puericulturas precisam de um atendimento detalhado e que requer o máximo de enfoque integral, tendo sempre presente a supervisão e promoção dos cuidados dos mesmos, a importância das vacinas, o aleitamento materno, do cuidado da saúde bucal e mental, das consultas, a prevenção de

acidentes, violência, anemias, pesquisas de doenças através dos testes, principalmente, do pezinho ante dos sete dias, diagnosticando e tratando agravos.

Realizamos o registro no prontuário espelho da unidade, na caderneta da criança e em caso de encaminhamento sempre se faz em duas vias para grampear uma ao prontuário. Existe, como foi orientado, um arquivo geral para o registro dos atendimentos da família e ordenados por ruas, como foi sugerido pelo grupo do ministério da saúde, mas dificulta o controle adequado do acompanhamento da mesma, sobretudo daquelas crianças de micro áreas descobertas e fora de área, pelo que decidi criar um registro para controle das mesmas por micro áreas, com bom resultado no tempo de implementação, já que permite sua revisão frequente não só pelos ACS senão por toda a equipe, identificando atrasos por ausências e modificações de risco. Fazendo anotações da evolução no crescimento e desenvolvimento, estado vacinal, que foi avaliado e explicado aos responsáveis, dando-se ênfase nas famílias que pertencem ao programa bolsa família e o programa leite de meu filho, já que são crianças com risco econômico associado.

A outra ação de saúde que vem dando resultados positivos são as educação em saúde sempre em palestras eu se realizam às mães de crianças de idades similares e as realizadas sempre antes do atendimento das puericulturas, fazendo abordagem aos cuidados dos mesmos, a importância das vacinas, consultas, acompanhamento do desenvolvimentos ponderal e psicomotor, o reconhecimento dos sinais de infecção e desidratação, o asseio e a higiene, o banho de sol, o suplemento de ferro e vitaminas, sendo de muita aceitação dos responsáveis.

A equipe está conseguindo manter o ritmo de atendimento em relação às consultas estabelecidas pelo ministério da saúde, com poucos atrasos nas mesmas, em relação às microáreas descobertas de agentes comunitários de saúde, e a frequente migração da população. Pelo que a cobertura de puericulturas de nossa área seja satisfatória, só faltou por dar acompanhamento a uma criança que após do parto, sua família mudou-se para o interior do estado.

Em relação aos indicadores, tivemos dificuldades com algumas mães na realização da visita domiciliar nos primeiros 7 dias, porque passaram o resguardo em casa de familiares, em outros bairros com melhores condições de vida; uma mãe “fugida” do hospital deixou de fazer o teste do pezinho ante dos sete dias, mas recuperou-se antes dos 20 dias, e os três atrasos foram pela mesma situação e por

pertencer a microáreas descobertas por ACS, dados que não afetaram o processo e a qualidade da mesma.

Às vezes atrasam alguns testes que nem sempre são realizados na maternidade, más encaminhamos para o Centro de Atenção Integral à Criança e se dá cumprimento aos mesmos, isto acontece com mais frequência no “teste do reflexo vermelho” e sobre todo nas instituições particulares, sempre fazemos avaliação do crescimento e desenvolvimento, as vacinas e também em cada consulta se avalia a saúde bucal, aleitamento materno, alimentação e prevenção de acidentes, assim como os sinais de infecção e desidratação.

As ações que não são possíveis de realizar na UBS são a vacinação - porque não temos estrutura para isto - e o teste do pezinho por falta de capacitação e de “teste vermelho” por falta de oftalmoscópio, que sua implementação na unidade poderiam resolver aqueles casos que, não são feitos na maternidade evitando retornos desnecessários.

Controle do câncer de mama e colo do Útero

As taxas de morbimortalidade por câncer de mama e colo do útero no mundo são elevadas, os investimentos e esforços que as organizações internacionais realizam cada ano são insuficientes, já que depende do comprometimento governamental e ministerial dos países, assim como da organização dos serviços de saúde, a realidade do Brasil é muito similar as internacionais em relação as taxas dos mesmos, mas a diferencia de muitos países, no Brasil se realizam investimentos cada ano e se logrou concretizar um sistema de saúde único, com objetivos filantrópicos, que se fortalece a cada dia, que tem uma visão muito firme em relação à atenção primaria de saúde, como base fundamental para a prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis e, graças a isto, está tendo bons resultados ao respeito; com certeza em poucos anos vai lograr diminuir a incidência das mesmas, através do controle adequado, diagnóstico precoce e conduta oportuna já que são curáveis em etapas iniciais.

Em nossa unidade, a ESF se oferecem consultas do programa saúde da mulher todas as semanas, sendo compartilhadas entre o médico e a enfermeira, dentro de seus objetivos está o controle e a prevenção de câncer de colo de útero e mama, ações não só limitadas às mesmas já que também são realizadas em toda consulta oferecida à mulheres nas idades de risco ou com alto risco para câncer de colo de útero e de mama, como do planejamento familiar, adolescentes, Hipertensão,

idoso e grávidas, sempre se oferecem palestras onde a enfermeira faz demonstração com a maquete do autoexame de mamas, a importância do mesmo e do preventivo como ações fundamentais para prevenção do câncer, para realizar o controle destas ações inicialmente foram identificadas as mulheres em idade de pesquisa e às que tinham alto risco para as mesmas.

Depois de identificar a população feminina, a pesquisa foi determinada a frequência das consultas e do preventivo em relação às condições estruturais da unidade, e se explicou a importância a toda a equipe em identificar aquela usuária que precisam do estudo, assim como avaliar o risco em toda a população, para avaliar a cobertura do exame, resultados e exames insatisfatórios tanto do citopatológico do colo do útero e as mamografias.

A realização dos preventivos é feito na unidade, mas as mamografias não, isto influencia em que muitas mulheres não realizem as mesmas, pela distância até o serviço que realiza o procedimento, precisando marcação pelo SUS, determinando demora no mesmo e a interrupção do seguimento nas mesmas. Os resultados são sempre arquivados junto com os prontuários, o que permite a revisão em qualquer momento para determinar necessidade e atrasos nas pacientes, e em caso de resultados alterados se realiza encaminhamento para acompanhamento especializado, realização de colposcopia e avaliação semestral. Este registro permitiu o preenchimento do caderno de ações programáticas.

Este processo de trabalho diário é feito para toda nossa população feminina, que mora na área de abrangência e, para pacientes fora de área que continuam acompanhamento por nossa equipe que realizam a coleta de exame citopatológico e consultas de saúde da mulher ou acompanhamento por outras ações programáticas, ou demanda espontânea onde são também orientadas a respeito da prevenção do câncer de mama e colo de útero.

Temos 90% de pacientes com exame citopatológico para câncer de colo de útero em dia, com poucas mulheres com atraso dos mesmos, determinado por faltar à realização da mesma ou por pertencer as microáreas descobertas por ACS. A cobertura do programa pode ser avaliada como satisfatória já que é feito cumprindo com o protocolo para a prevenção do câncer de mama e do colo de útero e todos os profissionais da equipe aproveitam seu contato com as usuárias nas consultas ou nas visitas domiciliares para verificar a necessidade de realizar prevenção do câncer de colo uterino e mama.

Realizamos atividades com grupos de mulheres, semanalmente, abordando as ações de prevenção primária para o controle do câncer de colo uterino e mama, e identificando causas e fatores de risco com orientação de uso de preservativo na relação sexual para evitar adquirir papiloma vírus humano HPV e, importância da vacinação contra a mesma em adolescentes, e outras DST, nas palestras se orienta sobre os malefícios do tabagismo, e o álcool, importância do controle do peso corporal, se orienta a realização do auto exame de mama, com o objetivo de reconhecer as características normais e detectar possíveis alterações futuras, assim como sobre a detecção dos sinais e sintomas do câncer de mama e útero.

A estratégia fundamental que temos na atenção primária de saúde é a educação em saúde, que permite trabalhar com as mesmas antes de precisar dos serviços desde a adolescência, a promoção de saúde é nossa “arma mais potente”, sobretudo para aquelas microáreas descobertas, não só para aumentar a frequência e adesão das mulheres aos exames, como para reforçar sinais e sintomas de alerta, que devem ser observados pelas mesmas. Brindando as mesmas para os grupos de: grávidas, mães de crianças nas puericulturas, Hipertensão e idosas; é fundamental que os processos educativos ocorram em todos os contatos da usuária com o serviço.

Outra estratégia que devemos retomar é a revisão periódica dos registros, e as reuniões para estabelecer pautas que permitem o melhor acompanhamento destas ações programáticas. Assim, como a retroalimentação pelo sistema das pacientes que não realizam a mamografia permitindo o melhor controle do mesmo.

Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus

Associado às modificações na pirâmide populacional do Brasil ao igual que na maioria dos países em desenvolvimento, onde graças aos esforços realizados pelos governos e suas instituições, a expectativa de vida está em incremento, muitos são os fatores relacionados com o modo e o estilo de vida, como o sedentarismo, obesidade, maus hábitos higiênico-dietéticos, o estresse, o tabagismo-etilismo que determinam a incidência das doenças crônicas não transmissíveis, como a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus, pelo que resulta de muita importância realizar o acompanhamento adequado destes pacientes para melhorar a qualidade de vida dos mesmos, dando ênfase na prevenção das complicações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e

vasos sanguíneos) e, a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares.

A cada ano morrem 7,6 milhões de pessoas em todo o mundo devido à hipertensão, segundo dados do Boletim Global de Doenças Relacionadas à Hipertensão; Cerca de 80% dessas mortes ocorrem em países em desenvolvimento como o Brasil, sendo que mais da metade das vítimas têm entre 45 e 69 anos. A hipertensão arterial é responsável, segundo o documento, por 54% de todos os casos de acidente vascular cerebral (AVC) e 47% dos casos de infarto, fatais e não fatais, em todo o mundo (Lancet, 2008).

No Brasil, a hipertensão afeta mais de 30 milhões de brasileiros (36% dos homens adultos e 30% das mulheres) e, é o mais importante fator de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares (DCV), com destaque para o AVC e o infarto do miocárdio, as duas maiores causas isoladas de mortes no país, mas ainda a percepção de risco da população ao respeito é ínfima (revista brasileira de Hipertensão 2010).

Após comparar as estatísticas da equipe, com os registros do Brasil estamos muito abaixo da estimativa brasileira, o número estimado de hipertensos com 20 anos ou mais para os residentes na área é de 552, mas só temos acompanhados pela UBS 187 pacientes o que representa o 33,8% do total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área, situação que é um problema, pelo que nossa equipe continua na pesquisa ativa de todos os pacientes acima de 20 anos da área de abrangência, além disto, já foi feita a programação de visitas para a totalidade das microáreas, atualmente dos pacientes que são acompanhados, temos bons indicadores de qualidade, todos tem feito a estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, quase todos tem os exames complementares periódicos em dia, exceto aqueles que com frequência migram da área para outras moradias no interior do estado e 2 que moram na área descoberta por ACS que foram notificados para retorno, a avaliação da saúde bucal resulta um pouco deficiente porque não temos o serviço na unidade e não temos perto unidades que contem com o mesmo, a melhor cobertura é feita para os nossos idosos que assistem aos Centros de atenção integral ao Idoso.

Em nossa unidade fazemos atendimento de Hiperdia duas vezes por semana, e o resto dos dias sempre temos vagas disponíveis para os mesmos, por apresentar um dos grupos mais vulneráveis a complicações, são feitas palestras e

falamos da importância do tratamento, da alimentação saudável, atividade física regular, complicações mais frequentes e fatores de risco para doenças cardiovasculares, além de outros temas de muita importância, como cuidados dos pés e importância do acompanhamento especializado para a detecção de complicações precocemente.

Todos recebem seus medicamentos gratuitos e são fornecidos aos pacientes na UBS em quantidades suficientes, com a receita atualizada sempre prescrita ou avaliada pela enfermeira ou o médico, novos diagnósticos e o atendimento de urgência de demanda espontânea são feitos todos os dias da semana, para melhorar a adesão dos mesmos ao sistema de saúde e a nossa equipe, e conseguir o controle adequado, também fazemos os encaminhamentos de precisar atendimento de urgência ou especializado.

A prevalência da diabetes vem crescendo mundialmente, sendo anunciada atualmente como uma epidemia, só no Brasil o 9% dos gastos hospitalares do SUS são atribuíveis às hospitalizações por diabetes mellitus, a incidência da mesma é resultante em grande parte, do envelhecimento da população e de estilos de vida desfavoráveis. Contudo, o sedentarismo, a alimentação inadequada e o aumento da obesidade, também são responsáveis pela expansão global desta doença que cada dia cobra mais vidas em todos os continentes. No Brasil, ao redor de mais de 3,2 milhões casos de pacientes com Diabetes Mellitus estão ainda sem diagnóstico. Além dos problemas da falta de diagnóstico e do diagnóstico tardio, o fator que tem contribuído muito para o aumento do número de diabéticos no país é a má combinação dos maus hábitos alimentares do brasileiro que consome comida industrializada com muito sal, muito açúcar e incremento do sedentarismo. A estimativa no Brasil é de mais de 11,6 milhões diabéticos, para um 8,7% da população de entre 20 e 79 anos de idade. (IBGE, 2012).

Oferecemos atendimento aos pacientes diabéticos uma vez por semana, em dois turnos alternados entre a enfermeira e o médico, os registros que temos realizado permitiram o preenchimento do caderno de ações programáticas, com um percentual muito baixo ao comparar com a média brasileira, o número estimado de pacientes é de 158 e atualmente, atendemos 67 pacientes, o que representa o 42,4%; com 100% se realizou a estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, a 57 pacientes nos últimos três meses com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos três meses, com medida da sensibilidade dos pés

nos últimos três meses, com orientação sobre prática de atividade física regular, com orientação nutricional para alimentação saudável, exames complementares periódicos em dia, o resto está planejado fazer neste trimestre, com avaliação de saúde bucal em dia só aqueles idosos que tem acompanhamento no CAIM por ter deficiência do serviço em nossa localidade, problema que vai ser resolvido com a futura inauguração da unidade ampliada perto.

Sempre fazemos palestras com estes pacientes sobre a promoção e prevenção e educação em saúde, a mesma é feita com participação de toda a equipe, obtendo bons resultados no ano de trabalho realizado, além da baixa percepção do risco da população, temos conseguido uma maior adesão à realização do teste com o glicômetro, a palestras, às consultas, e ao tratamento, sobretudo aos tratamentos que entregamos na unidade com um controle adequado em pouco tempo, já que combinamos o mesmo à prática de exercícios e uma alimentação saudável para o qual entregamos exemplos de alimentos a consumir e a evitar, somos otimistas com os resultados obtidos.

Saúde da pessoa Idosa.

O atendimento a pessoa idosa com o objetivo de atingir uma terceira idade com dignidade e funcionalidade, se tornou desde há décadas uma prioridade das organizações internacionais como a OMS e OPAS (organização Pan-Americana da saúde) organismo internacional de saúde pública com mais de um século de experiência dedicado a melhorar as condições de saúde dos países das Américas, sempre com uma atenção especial aos grupos mais vulneráveis, como a população idosa já que com as modificações demográficas que a maioria dos países em desenvolvimento estão apresentando o envelhecimento constitui uma prioridade, sendo o objetivo principal melhorar a qualidade de vida da população idosa. (OMS, 2010)

O Brasil apresenta uma taxa de envelhecimento populacional com crescimento muito acelerado para o 2012 já tinha um 10% da população com mais de 60 anos, pelo que o SUS a fim de qualificar o seu cuidado está orientado para a Atenção Primária à Saúde (APS), também através do Pacto pela Vida e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), ambos de 2006, se definiram que a atenção à saúde dessa população deve ter como porta de entrada a APS/Saúde da Família (SF), tendo como referência a rede de serviços especializada de média e alta complexidade. Muitas são as estatísticas que determinam a ação tomada, por

citar um exemplo: segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, em 2010, a população brasileira era de 190.755.799 habitantes, dos quais 20.590.599 eram considerados idosos (idade \geq 60 anos), correspondendo a 10,8% da população brasileira; cifras que já mudaram em incremento notável, compete a nós como executores dos programas priorizados, realizar um trabalho, a fim de proporcionar àqueles que já deram muito de suas vidas, uma atenção de qualidade, respeitando sempre sua condição (IBGE, 2012).

Em relação ao trabalho realizado pela equipe neste ano os registros desenhados permitiram o preenchimento do caderno de ações programáticas, nossa unidade básica de saúde faz atendimento de pessoas idosas todos os dias através de consultas ou visitas domiciliares que sempre é um grupo priorizado pela presença da barreira arquitetônica, pelo que são atendidos o dia que o paciente possa se deslocar até o posto de saúde assim como o atendimento de urgência e emergência por problemas agudos de saúde ou nas visitas programadas diariamente além de ter uma seção de segunda feira só para atendimento dos mesmos, não temos excesso de demanda, durante o atendimento se faz uma avaliação integral do paciente, avaliação multidimensional rápida, investigação de indicadores de fragilização na velhice, orientações sobre a prevenção de acidentes, alimentação saudável, e atividade física regular, avaliação de risco para morbimortalidade, deles 97 sofrem de hipertensão estão controlados e são atendidos também nos dias de Hipertensão e, 43 são diabetes mellitus com acompanhamento em dia, também com atendimento de acompanhamento aos diabéticos e orientados ao cuidado dos pés e importância da alimentação adequada, não todos nossos idosos tem acompanhamento em dia isto está determinado pela presença de três microáreas descobertas de ACS o que determina que não sejam resgatados muitos dos faltosos e não tenham um acompanhamento adequado, por outra parte a família contribui negativamente ao procurar atendimento dos mesmos só em casos de agravos.

O maior problema que temos neste grupo é em relação a saúde bucal com a avaliação dos pacientes já que nossa UBS não conta com equipe de odontologia e os pacientes são atendidos numa UBS de referência ou no CAIM e as vezes atrasam nas avaliações por dificuldade para se deslocar até as instituições que estão fora da área de abrangência, pelo que não todos têm acompanhamento ao

não ser reconhecida a importância da mesma na terceira idade pelos usuários nem por seus familiares.

Fazemos visitas domiciliares aos pacientes que precisam, sobre tudo aqueles que apresentam co-morbilidade, aqueles com mais de 85 anos, os que moram sozinhos ou acamados, ou tem riscos em relação a estilos de vida desfavoráveis e daqueles que fazem uso de psicofármacos, já seja do paciente como de seus familiares.

Durante a visita avaliamos as necessidades do idoso, de seus familiares e do ambiente familiar, a aceitação do paciente e sua família da nova etapa de vida com diminuição das capacidades de escutar, ver, interpretar, se mobilizar, se alimentar, os problemas relacionados com a capacidade intelectual e a memória, orientar na prevenção de agravos através de intervenções precoces sobre situações de risco que possam comprometer a saúde e a capacidade funcional do idoso, de modo que possa manter sua independência e a qualidade de vida pelo maior tempo possível e sempre fazemos busca ativa dos faltosos determinando a causa da mesma e tomando alternativas favoráveis para o paciente e priorizamos o preenchimento da caderneta dos mesmos já que a todos foi entregue.

Com o trabalho feito realmente a equipe está conseguindo dar uma atenção de qualidade a aqueles idosos em acompanhamento, com sérios problemas com as microáreas descobertas, más continuamos tomando novas atividades para acompanhar os mesmos e que melhore a adesão para com nossa unidade.

Em relação aos desafios que temos na equipe:

O SUS na minha percepção é um sistema forte, com princípios e objetivos desejados por muitos países do mundo, com uma estrutura definida que está em adequação, a atenção básica está sendo muito bem encaminhado, e um nível terciário solidificado e eficaz, com grandes avanços no nível secundário, melhor estruturado inter-relacionado com o setor privado, más com deficiências que resultam nas filas nos hospitais e também nos prontos atendimentos, assim como a listas de espera nas unidades básicas para vagas especializadas, que respondem a aumento da demande, déficit de especialistas e deficiências na retroalimentação entre os níveis primário e secundário de saúde constituindo os principais desafios na organização dos serviços de saúde em nosso município.

Em nossa equipe temos as seguintes dificuldades.

Ainda nosso conselho local de saúde se encontra em organização dificultando o desenvolvimento das ações e atividades de saúde programadas pela UBS, ao carecer de apoio, controle e avaliação das mesmas pela comunidade, sem ter periodicidade sistemática para suas funções, além disso não temos logrado que alguns dos líderes da comunidade participem do mesmo, o que diminui a qualidade nas atividades da equipe, como as palestras dos grupos priorizados, a realização dos exercícios aeróbicos do grupo de idosos e as atividades físicas como esportivas e aulas de dança por não contar com recursos, os locais a fim, nem os profissionais destas disciplinas, mas o que temos tentado resolver com maior prioridade, sem resposta do conselho de saúde, é eliminar a barreira arquitetônica que temos na entrada da unidade para o acesso dos pacientes cadeirantes à unidade.

Temos grave dificuldade com a quantidade de ACS determinando grande quantidade de população da área de abrangência descoberta pelos mesmos, e problemas com o espaço físico, para o qual a equipe trabalha em conjunto para evitar insatisfações dos usuários.

Temos dificuldades, com as estratégias utilizadas pela UBS com o agendamento de consultas na atenção especializada e de exames complementares como USG, radiografias, estudos hemáticos especiais, ECG entre outros, que depende de acesso à internet e de horários específicos para o mesmo, já que as vagas são distribuídas em relação a rede disponível, nosso município e não em relação a demanda das mesmas, o que determina a maioria das insatisfações de nossos usuários.

Não temos equipamentos disponíveis para fornecer a informação oportuna dos prontuários para os pacientes ou profissionais dos outros níveis do sistema de saúde, quando o usuário é referenciado, dados, por exemplo, da necessidade de impressora na unidade que não temos e que só temos dois computadores, um deles está em reparação, assim como dificuldades com internet principalmente por acesso restrito, que não permite nem o acesso à plataforma do curso de especialização.

Ante as dificuldades e limitações encontradas, nos temos que continuar realizando ênfase para sua erradicação, disponibilizar as informações na unidade através de painéis com os horários, atividades e profissionais da unidade com os cargos de gestão, se fazem palestras diárias aos grupos priorizados e vulneráveis, priorizamos no agendamento o atendimento em relação às ações programáticas,

sempre com vagas disponíveis para a demanda espontânea. Acordamos em realizar o atendimento aos pacientes idosos e cadeirantes em visitas domiciliares, o que influencia na melhor qualidade na atenção de saúde a nossa população.

Temos como meta, conseguir o funcionamento sistematizado do conselho de saúde com ações em conjunto com os gestores do distrito de saúde e municipais, mas são limitações que não dependem diretamente da equipe de saúde.

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

A situação não tem mudado desde aquela primeira impressão, os passos nessas mudanças são muito devagar e com conceitos antigos, onde prima a conformidade e a dependência absoluta ao governo, o que determina que ainda tenhamos a mesma estrutura física carente de espaços e serviços vitais para a atenção integral em saúde e a persistência da barreira arquitetônica que limita o acesso a pacientes com necessidades especiais.

Há pouca iniciativa dos gestores e políticos em melhorar a técnica, em buscar alternativas, formação e capacitação do pessoal deficiente, para dar maior cobertura a especialidades, entre outras. Trabalhamos por alcançar a satisfação da população ainda com poucos recursos e espaço físico deficiente. Através do relatório Situacional hoje após análise para a elaboração do mesmo, consigo determinar as coisas que precisaram ser realizadas para que as aconteçam as mudanças precisas.

É possível prever os mecanismos pelos quais as soluções podem ser empregadas e sugerir quais intervenções devem ser iniciadas para que deficiências apontadas no início do curso e durante a vivência diária na UBS possam ser solucionadas. Tudo isso porque hoje me encontro envolvido com essas mudanças, e principalmente porque me sinto como um dos elementos responsáveis por elaborar as mesmas, utilizando como ferramenta vital os conhecimentos adquiridos no nosso Curso de Especialização em saúde da família.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

Para a escolha da ação programática Saúde do Idoso como foco de intervenção, minha equipe fez uma reunião de intercambio estabelecendo pontos em relação a importância da ação e os problemas que temos assim como a magnitude dos mesmos, pelo que foi muito proveitoso, em minha área de trabalho também tive razões que motivam, objetivos e metas a cumprir, sobre tudo no ambiente da educação em saúde no sonho de uma terceira idade mais digna e feliz, a Saúde do Idoso é um tema de muita importância para a população atualmente, já que dados recolhidos falam que para o ano 2050, a expectativa no Brasil, bem como em todo o mundo, é de que existirão mais idosos que crianças abaixo de 15 anos, fenômeno esse nunca antes observado, contribuir com que mais pessoas alcancem as idades

avançadas com o melhor estado de saúde possível, será a meta de toda a equipe (IBGE, 2014).

Nossa unidade está alocada no Bairro Novo Aleixo, na periferia da cidade de Manaus, capital do estado do Amazonas, com pouca estrutura física, com locais adaptados e misturados para dar atenção a nossa população e satisfazer suas demandas, mas o maior problema físico que temos é a barreira arquitetônica na frente da unidade, que limita o acesso, sobretudo dos usuários cadeirantes, grávidas, Portadores de deficiência física e idosos, outra das razões para nossa escolha em tentar estabelecer estratégias para enfrentar está deficiência.

Atualmente, trabalhamos com uma população cadastrada de 3.112 pessoas, das quais 176 são maiores de 60 anos pelo cadastro feito pelas Agentes Comunitárias de Saúde, com o objetivo de determinar o foco de intervenção, e chamou muito atenção às condições de vida de muitos idosos, descompensados, isolados, com deficiência de saúde bucal, falta de gestão para resolver os seus problemas, e a equipe não demonstrava interesse necessário para com esse grupo da população, na minha percepção.

Os poucos indicadores da qualidade da atenção do idoso recolhidos estão baixos, no momento temos os seguintes:

Realização de avaliação multidimensional rápida: 133 ou 76%.

Acompanhamento em dia: 133 ou 76%.

Avaliação de risco para morbimortalidade: 133 ou 76%

Investigação de indicadores de fragilização na velhice: 133 ou 76%

Hipertensos: 97 ou 55%.

Diabetes mellitus: 43 ou 24%

Avaliação de saúde bucal em dia 91 ou 52%.

Os outros indicadores como uso da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa que foi orientado sua entrega no momento do cadastro é de 100%, a orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e orientação para atividades físicas regulares, são de 160 idosos para 91%. Já são desenvolvidas ações de promoção em saúde que antes não eram prioritárias, como por exemplo, a equipe criou registros atualizados, os idosos agendados não faltam as consultas, e são acompanhados em suas casas explicando-se a importância do controle estável, pelo médico e todo pessoal de saúde, palestras sobre alimentação saudável, exercícios

físicos, perigos com a automedicação, etc. Estas são ferramentas importantes para realizar mudanças do estilo de vida dos mesmos.

A intervenção neste foco é de grande importância no contexto da UBS, para dar maior objetividade a esta ação programática, e por envolver toda a equipe no mesmo, com a capacitação das ACS, com o preenchimento de todos os dados nos registros, cadernetas, em cadastrar os idosos com problemas de locomoção que são tarefas de muita dedicação e esforço, além das outras ações programáticas em que trabalhamos, para que cada idoso seja avaliado, como preconizam os protocolos e dedicar tempo na avaliação dos riscos de morbimortalidade, acidentes e risco de suicídio problemas muito frequentes neste grupo de usuários. Com a gestão dos recursos necessários para aplicação da avaliação multidimensional rápida, viabilizam a realização da intervenção, há interesse da equipe em trabalhar fortemente com esta ação programática, e isto irá contribuir positivamente em oferecer uma velhice garantida, inserindo na sociedade todos nossos usuários com 60 anos e mais.

2.2 Objetivos e metas

Para a obtenção dos objetivos tanto o geral como os específicos e as metas de cada um deles, a equipe reuniu-se para discutir a planilha, o Caderno de ações programáticas e a Análise Situacional, determinando cada um e explicando como alcançá-los, assim como os possíveis obstáculos que tenhamos que enfrentar.

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a qualidade da atenção à saúde do idoso na UBS N-08, do Bairro Novo Aleixo, Município Manaus, Estado Amazonas.

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.

Metas relativas ao Objetivo 1- Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso.

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

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

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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.11. Realizar a primeira consulta odontológica para 100% das pessoas idosas.

2.12. Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% das pessoas idosas cadastradas.

2.13. Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% das pessoas idosas cadastradas.

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

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

Metas relacionadas ao Objetivo 4 - Melhorar o registro das informações.

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

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

Metas relacionadas ao Objetivo 5 - Mapear os idosos de risco da área de abrangência.

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

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

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

Metas relacionadas ao Objetivo 6- Promover a saúde dos idosos.

6.1 - Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas da área de abrangência.

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

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

2.3 Metodologia

Para melhorar a cobertura em saúde da pessoa idosa de nossa área, será feito o Projeto de intervenção a ser executado na UBS N-08, alocada no bairro Novo Aleixo do município de Manaus, estado do Amazonas. Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de três meses.

A população alvo do estudo está composta de todos os usuários com 60 anos e mais, residentes e cadastrados na área de abrangência. A intervenção propõe envolver todos os trabalhadores do referido serviço, e na reunião da equipe

já foram discutidas, avaliadas e detalhadas diversas ações, para garantir o sucesso da intervenção.

As ações propostas contemplarão os quatro eixos pedagógicos do curso: Organização e Gestão do Serviço, Monitoramento e Avaliação, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica e todos os passos da preparação e execução da presente intervenção serão registrados nos diários de intervenção.

2.3.1 Detalhamento das ações

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

Metas:

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

Monitoramento e avaliação.

Para a realização do monitoramento e avaliação, da cobertura do Programa da Saúde do idoso, uma vez por mês, as ACS revisarão os registros dos dados dos idosos em acompanhamento na unidade, com auxílio da técnica de enfermagem, para atingir 100% da cobertura, sob supervisão do médico e da enfermeira.

Organização e gestão do serviço

Para o acolhimento dos idosos toda a equipe será responsável e acontecerá em todos os turnos de atendimento. As consultas serão agendadas diretamente na UBS, através dos ACS ou após o término da consulta médica de acordo com as necessidades individuais, com quinze consultas agendadas por semana para idosos, 7 no dia de atendimento do idoso que será segunda na tarde, e 8 para o dia de Hiperdia que serão atendidos os idosos com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus, para priorizar um idoso por cada microárea, sendo 4 no horário da manhã e 4 no horário da tarde na terça-feira, com vagas disponibilizadas o resto da semana para demanda espontânea e sempre com visitas domiciliares agendadas todos os dias para dois idosos por turno, exceto o dia de atendimento do Pré-natal).

O cadastramento dos idosos será realizado pelas ACS através das visitas domiciliares e o cadastramento dos dados no SIAB/e-SUS serão realizados pelo médico e enfermeira (este cadastramento será semanalmente).

Engajamento público

Com os objetivos planejados e as metas a cumprir a equipe, ante as dificuldades encontradas nesta ação programática com baixa cobertura de atenção

aos idosos, atraso nas consultas e avaliações, a existência de faltosos sem serem visitados, os problemas nos estilos de vida e apoio familiar e, sobretudo na atenção da saúde bucal, decide iniciar a etapa de retificação de erros e melhorar estes indicadores, decidimos ir na emissora de rádio local e começar as ações educativas como principal ferramenta para lograr os mesmos.

Com o uso da rádio local a equipe irá esclarecer à comunidade sobre a importância dos idosos, realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde mais perto de casa. A equipe informará à comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde. As atividades educativas serão desenvolvidas pelos ACS, técnica de enfermagem, enfermeira e médico, para garantir uma velhice mais saudável, também se realizaram atividades educativas nas visitas domiciliares e encontros com a população.

Qualificação da prática clínica:

Para a qualificação da prática clínica é necessária a educação permanente que é aplicada diretamente na rotina diária dentro da UBS. Com o objetivo de fortalecer os vínculos tanto entre a equipe, mas com a comunidade e gestão as capacitações serão realizadas pelo médico, e enfermeira, como a importância de realizar busca ativa de idosos que não estão em acompanhamento em nenhum serviço. Será realizada uma capacitação antes do início da intervenção, nos horários das reuniões de equipe, com a duração de duas horas, com a participação de todos os membros da equipe, sem comprometer as outras atividades da UBS. Serão utilizados os Protocolos do Ministério da Saúde de Atenção à saúde da pessoa idosa e as atividades serão apoiadas sobre a Política de Humanização do SUS.

A equipe será treinada pelo médico e a enfermeira para realizar o acolhimento de todos idosos e as ACS serão capacitadas para o cadastramento de todos os idosos da área de abrangência da UBS.

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

Metas:

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.

Monitoramento e avaliação

O monitoramento dos registros da realização da Avaliação Multidimensional Rápida será realizado semanalmente, em todos os idosos acompanhados, sobre responsabilidade do médico com auxílio da enfermeira, garantindo com que todos idosos acompanhados sejam avaliados.

Organização e gestão do serviço

A UBS garantira os recursos necessários, assim como a manutenção dos mesmos, para a realização da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos acompanhados (balança, antropômetro, Tabela de Snellen) Para que a avaliação seja realizada de forma organizada e com os registros atualizados vamos definir as atribuições de cada profissional da equipe durante a Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos.

Engajamento público

A equipe irá orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável, principalmente o médico e enfermeira irão compartilhar com os usuários as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social.

Qualificação da prática clínica

O médico irá esclarecer a equipe sobre os itens que são examinados na avaliação multidisciplinar rápida e irá treiná-los para tal, cada um dentro de suas atribuições.

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

Monitoramento e avaliação

Isto irá ser monitorado através das fichas que são feitas a cada idoso nas consultas, e os dados preenchidos nos prontuários revisados pela enfermeira e pelo médico.

Organização e gestão do serviço

Os exames vão ser feitos a cada três meses para os diabéticos e pelo menos uma vez anual ao resto dos idosos, responsável o médico, necessitamos para isto, de balança, antropômetro, Tabela de Snellen, esfigmomanômetro, fita métrica, aparelhos para teste de glicemia.

Engajamento público

Na comunidade, manterá relação com a equipe de saúde em igrejas, já propostas para esclarecer a importância dos exames em tempo, e o porquê eles são feitos, aqui os cuidadores de idosos vizinhos participam e podem dar apoio no programa.

Qualificação da prática clínica

A capacitação da equipe para as orientações necessárias ficará sobre responsabilidade do médico com auxílio da enfermeira, participarão todos os membros da equipe da capacitação, que será realizada antes do início da intervenção. O médico irá esclarecer aos integrantes da equipe sobre a realização e a importância do mesmo para ser explicado aos usuários antes das consultas.

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

Monitoramento e avaliação

Será realizado o monitoramento do número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado (Caderno de Atenção Básica-2013) e com a periodicidade recomendada pelo menos uma vez por ano, responsabilizado pelo médico e enfermeira.

Organização e gestão do serviço

Serão definidas as orientações a ser informadas por cada membro da equipe antes do momento do exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos, sua importância para evitar faltosos e realizaremos busca ativa de idosos que não realizaram exame complementar apropriado, organizaremos a agenda para acolher todos idosos hipertensos e/ou diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Engajamento público

A equipe irá informar a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade, sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS, sobre a importância do rastreamento para DM em idosos com pressão arterial acima de 135/80mmhg ou para aqueles com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica, sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM.

Qualificação da prática clínica

A capacitação da equipe para as orientações necessárias ficará sobre responsabilidade do médico com auxílio da enfermeira, participarão todos os membros da equipe da capacitação, que será realizada antes do início da intervenção.

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

Monitoramento e avaliação

O monitoramento e avaliação das prescrições ficarão sobre responsabilidade da enfermeira e será realizado quinzenalmente.

Organização e gestão do serviço

Realizaremos controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos, feito pelo pessoal administrativo, porque não contamos com farmacêutico e supervisionado pelo médico, manteremos um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde, garantindo a oferta dos mesmos.

Engajamento público

A equipe orientará os usuários e a comunidade quanto ao direito ao acesso aos medicamentos da Farmácia Popular para Hipertensão e possíveis alternativas para obter este acesso aos idosos com estas doenças.

Qualificação da prática clínica

Toda equipe será capacitada para repassar as informações a respeito da Farmácia Popular, que os usuários têm o direito de obter suas medicações, sob a responsabilidade do médico.

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

Monitoramento e avaliação

O monitoramento e avaliação do número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados serão monitorados cada semana pela técnica de enfermagem.

Organização e gestão do serviço

Os agentes comunitários realizarão o cadastramento de todos idosos acamados ou com problemas de locomoção e armazenarão em um caderno específico que também servirá para agendá-los.

Engajamento público

A equipe tem que esclarecer a comunidade sobre a importância do cadastramento dos idosos com problemas de locomoção para que aconteçam periodicamente as visitas domiciliares.

Qualificação da prática clínica

Será disponibilizado um caderno/agenda para as ACS, para que cadastrem e agendem as visitas e serão capacitadas para o mesmo.

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

Monitoramento e avaliação

O monitoramento e avaliação do número de idosos acamados ou com problemas de locomoção visitados serão monitorados pela técnica de enfermagem e enfermeira, quinzenalmente.

Organização e gestão do serviço

Será responsabilidade dos ACS identificar e agendar as visitas aos idosos que não conseguem se deslocar até a UBS. Será organizado o horário para visitas domiciliares dos idosos que não consigam comparecer na UBS, com prioridade, de maneira que todos integrantes da equipe consigam realizar a visita, a visita será agendada pelo ACS.

Engajamento público

A comunidade será esclarecida e informada ao respeito da prioridade nas visitas domiciliares para aqueles que não conseguem se deslocar até a UBS, a traves das palestras que vão ser realizadas nos contatos com os grupos de idosos e familiares, com a liderança da comunidade e na radio local.

Qualificação da prática clínica

As ACS serão treinadas para o correto agendamento das visitas, no horário disponibilizado, de maneira que toda equipe possa participar da visita, sem prejudicar as outras atividades da UBS.

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

Monitoramento e avaliação

O monitoramento e avaliação do número de idosos submetidos ao rastreamento para HAS será realizado periodicamente semanalmente assim como o número de idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg que será responsabilidade do médico.

Organização e gestão do serviço

A agenda será organizada para atender os idosos com HAS, a UBS garantirá os recursos necessários para esse atendimento (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica). Assim como garantiremos atendimento de urgência/emergência para usuários hipertensos.

Engajamento público

A comunidade será esclarecida sobre a prioridade no agendamento dos idosos portadores de HAS, assim como o atendimento de urgência.

Qualificação da prática clínica

Os profissionais da equipe serão capacitados pelo médico para a qualificação da prática clínica; é necessária a educação permanente que é refletida e aplicada diretamente na rotina diária dentro da UBS. Também tem o intuito de fortalecer os vínculos tanto entre a equipe, mas com a comunidade e gestão. As capacitações serão realizadas pelo médico e enfermeira.

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).

Monitoramento e avaliação

O monitoramento e avaliação do número de idosos submetidos ao rastreamento para HAS será realizado semanalmente, assim como o número de idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg que será responsabilidade do médico.

Organização e gestão do serviço.

A agenda será organizada para atender os idosos com HAS, a UBS garantirá os recursos necessários para esse atendimento (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica). Assim como garantiremos atendimento de urgência/emergência para usuários hipertensos.

Engajamento público:

A comunidade será esclarecida sobre a prioridade no agendamento dos idosos portadores de HAS, assim como o atendimento de urgências e emergências, a traves das palestras que vão ser realizadas nos contatos com os grupos de idosos e familiares, e com o uso da radio local.

Qualificação da prática clínica

Os profissionais da equipe serão capacitados pelo médico para a qualificação da prática clínica é necessária a educação permanente que é refletida e aplicada diretamente na rotina diária dentro da UBS. Também tem o intuito de fortalecer os vínculos tanto entre a equipe, mas com a comunidade e gestão. As capacitações serão realizadas pelo médico e a enfermeira.

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

Monitoramento e avaliação

O monitoramento e avaliação da necessidade de tratamento odontológico em 100% dos idosos ficarão sobre responsabilidade do médico e o odontólogo da unidade ampliada que fará parte do projeto, já foi orientado a través do nosso distrito a parceria com a equipe de saúde bucal da unidade ampliada e outra parte através do acompanhamento odontológico do Centro de atendimento integral ao Idoso, garantindo um monitoramento mensal.

Organização e gestão do serviço

Serão disponibilizados horários na agenda dos dentistas para garantir o acesso dos idosos de nossa área, tanto para o tratamento odontológico como nos casos de urgência/emergência odontológica com abertura de 15 vagas por semanas para três vagas cada dia.

Engajamento público

A comunidade será esclarecida sobre o atendimento prioritário para os idosos, na busca da saúde bucal adequada.

Qualificação da prática clínica

O médico com auxílio do odontólogo irá enfatizar para a equipe a importância de uma adequada saúde bucal para os idosos e irão orientar os ACS em como realizar o agendamento para os idosos. O agendamento será realizado tanto durante as visitas domiciliares quanto nas consultas médicas, de acordo com a disponibilidade.

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

Monitoramento e avaliação

O monitoramento e avaliação da necessidade de tratamento odontológico em 100% dos idosos ficarão sobre responsabilidade dos odontólogos da unidade ampliada e do Centro de Acompanhamento ao Idoso, que acolho o projeto do primer momento, e o médico, garantindo um monitoramento mensal.

Organização e gestão do serviço

Serão disponibilizados os horários na agenda dos dentistas para garantir o acesso dos idosos, tanto para o tratamento odontológico como nos casos de urgência/emergência odontológica com abertura de 15 vagas por semanas.

Engajamento público

A comunidade será esclarecida sobre o atendimento prioritário para os idosos, na busca da saúde bucal adequada, a traves das palestras que vão ser realizadas pelo odontólogo e a enfermeira nos contatos com os grupos de idosos e familiares, com a liderança da comunidade e na radio local.

Qualificação da prática clínica

O médico com auxílio do odontólogo irá enfatizar para a equipe a importância de uma adequada saúde bucal para os idosos e irão orientar os ACS em como realizar o agendamento para os idosos. O agendamento será realizado tanto durante as visitas domiciliares quanto nas consultas médicas, de acordo com a disponibilidade.

2.11. Realizar a primeira consulta odontológica para 100% das pessoas idosas.

Monitoramento e avaliação

O monitoramento e avaliação do número de pessoas idosas cadastradas na Unidade em acompanhamento com a primeira consulta odontológica realizada no período será responsabilidade do odontólogo da unidade ampliada, que acolho o projeto do primer momento para a realização da primeira consulta, e o médico, garantindo um monitoramento mensal.

Organização e gestão do serviço

Serão disponibilizados os horários na agenda dos dentistas para garantir o acesso priorizado dos idosos de nossa área de abrangência, tanto para o tratamento odontológico na primeira consulta, como nos casos de urgência/emergência odontológica com abertura de 15 vagas por semanas.

Engajamento público

A comunidade será esclarecida sobre o atendimento prioritário para os idosos, na busca da saúde bucal adequada, explicando sua importância na saúde geral, a traves das palestras que vão ser realizadas pelo odontólogo e a enfermeira nos contatos com os grupos de idosos e familiares, com a liderança da comunidade e a divulgação na radio local.

Qualificação da prática clínica

O médico com auxílio do odontólogo irá enfatizar para a equipe a importância de uma adequada saúde bucal para os idosos e irão orientar os ACS em como realizar a captação dos idosos o agendamento para os idosos da primeira consulta e seu acolhimento na unidade. O agendamento será realizado tanto durante as visitas domiciliares quanto nas consultas médicas, de acordo com a disponibilidade, o responsável da consulta o odontólogo e do monitoramento médico.

2.12. Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% das pessoas idosas cadastradas.

Monitoramento e avaliação

O monitoramento e avaliação do número de pessoas idosas cadastradas na Unidade com avaliação de alterações de mucosa bucal. tratamento odontológico em 100% dos idosos ficarão sobre responsabilidade o odontólogo da unidade ampliada, que acolho o projeto, e o médico, garantindo um monitoramento mensal.

Organização e gestão do serviço

Serão disponibilizados os horários na agenda dos dentistas para garantir o acesso dos idosos à primeira consulta, tanto para o tratamento odontológico como nos casos de urgência/emergência odontológica com abertura de 15 vagas por semanas.

Engajamento público

Realizaram-se os encontros com os grupos de idosos e familiares, assim como com a liderança da comunidade, com a realização de palestras e dinâmicas de grupo com objetivo de esclarecer os mesmos, sobre o atendimento prioritário para os idosos e a avaliação da mucosa bucal e estas vão ser realizadas pelo odontólogo, o médico e a enfermeira.

Qualificação da prática clínica

O médico com auxílio do odontólogo irá capacitar a equipe para identificar alterações da mucosa oral durante as visitas domiciliares e o odontólogo selecionará os casos que precisam de encaminhamento para os serviços de referências e dará tratamento aos casos mais simples, e que constituem demanda frequente do serviço com necessidade de procedimentos básicos.

2.13. Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% das pessoas idosas cadastradas.

Monitoramento e avaliação

O monitoramento e avaliação da necessidade dos idosos com necessidade de prótese dentária em 100% dos idosos ficarão sobre responsabilidade do odontólogo, que acolho o projeto, e o médico, garantindo um monitoramento mensal.

Organização e gestão do serviço

Serão disponibilizados os horários na agenda dos dentistas para garantir o acesso dos idosos a avaliar a necessidade de prótese dentaria, com abertura de 15 vagas por semanas, fazer e encaminhamentos para o CEO (centro de Especialidades Odontológicas), com demanda de realização das próteses e solicitar o mantimento das mesmas.

Engajamento público

A comunidade será informada sobre o atendimento prioritário para os idosos, na busca e avaliação de necessidade de próteses dentaria, a importância de seu uso e manutenção a traves das palestras que vão ser realizadas pelo odontólogo e a enfermeira nos contatos com os grupos de idosos e familiares, com a liderança da comunidade e a divulgação na radio local.

Qualificação da prática clínica

O médico com auxílio do odontólogo irá capacitar a equipe sobre a importância do uso de prótese dentaria nos idosos e irá orientar os ACS em como realizar o agendamento para os mesmos, durante as visitas domiciliares, quanto nas consultas médicas e de enfermagem, de acordo com a disponibilidade.

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

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

Monitoramento e avaliação

Mensalmente a enfermeira e o médico irão monitorar o número de idosos faltosos as consultas, para realizar a busca ativa.

Organização e gestão do serviço

Através dos registros específicos e da agenda será possível identificar os idosos que não compareceram as consultas, para solicitar as ACS que realizem a busca ativa dos mesmos com o seguinte agendamento e esclarecimento sobre a importância de não faltar as consultas.

Engajamento público

Nossa comunidade será esclarecida sobre a importância de os idosos não faltarem a sua consulta programada, a equipe tentará envolver além do idoso os familiares nesse processo de comprometimento.

Qualificação da prática clínica

As ACS serão capacitadas pelo médico para realizar a busca ativa dos idosos faltosos as consultas.

Objetivo 4 - Melhorar o registro das informações.

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

Monitoramento e avaliação

O monitoramento dos registros específicos será realizado uma vez por mês, as ACS revisarão os registros dos dados dos idosos em acompanhamento na unidade, com auxílio das da técnica de enfermagem, sob supervisão do médico e da enfermeira.

Organização e gestão do serviço

Para manter as informações do SIAB atualizadas, caberá ao médico e enfermeira, solicitaremos ao gestor municipal materiais como a caderneta do idoso e fichas específicas que garantam um trabalho eficaz e confiável.

Engajamento público

A enfermeira irá esclarecer aos idosos e seus familiares sobre seus direitos de manutenção dos seus registros de saúde na UBS, sobre a disponibilidade de solicitar segunda via quando necessário, sobre o sigilo das informações contidas.

Qualificação da prática clínica

O médico irá capacitar a equipe em como preencher os registros e sobre a importância de estarem atualizados.

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

Monitoramento e avaliação

Em cada consulta de avaliação dos idosos será avaliada a entrega das cadernetas pelo médico, que foram distribuídas pelos ACS em cada idoso cadastrado, desta maneira lograremos que todos possuam esta importante fonte de informação para consulta na UBS e outro serviço especializado ou referido.

Organização e gestão do serviço

Será solicitado à gestão, o número suficiente de cadernetas para ser entregue a 100% dos idosos cadastrados no programa, a mesma será entregue na primeira consulta do idoso e será preenchida sempre que o mesmo realizar qualquer tipo de consulta.

Engajamento público

Os idosos e familiares serão esclarecidos sobre a importância de sempre portarem sua caderneta de saúde, sobre as informações contidas na mesma e a importância para o acompanhamento de sua saúde.

Qualificação da prática clínica

A equipe será treinada pelo médico para o correto preenchimento da caderneta.

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

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

Monitoramento e avaliação

O monitoramento e avaliação do número de idosos submetidos ao rastreamento para HAS será realizado periodicamente (pelo menos mensalmente), assim como o número de idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmHg que será responsável o médico.

Organização e gestão do serviço.

A agenda será organizada para atender os idosos com HAS, a UBS garantirá os recursos necessários para esse atendimento (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica). Assim como, garantiremos atendimento de urgência/emergência para usuários hipertensos.

Engajamento público.

A comunidade será esclarecida sobre a prioridade no agendamento dos idosos portadores de HAS, assim como o atendimento de urgência e emergência.

Qualificação da prática clínica

Os profissionais da equipe serão capacitados pelo médico para a qualificação da prática clínica é necessária a educação permanente que é refletida e aplicada diretamente na rotina diária dentro da UBS. Também do intuito de fortalecer os vínculos tanto entre a equipe, a comunidade e gestão. As capacitações serão realizadas pelo médico, e enfermeira.

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

Monitoramento e avaliação

Monitorar o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice, quinzenalmente pela técnica de enfermagem e como responsável o médico.

Organização e gestão do serviço

Priorizar o atendimento a idosos fragilizados na velhice, com ótima avaliação multidisciplinar garantida por todo o equipe e responsável o médico, pelo menos uma vez por ano.

Engajamento público

Orientar os idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente, com planificação das consultas, esclarecimento a familiares ou cuidadores para contar com o apoio deles, nas das palestras que vão ser realizadas nos contatos com os grupos de idosos e familiares, com a liderança da comunidade e na radio local.

Qualificação da prática clínica

Capacitar os profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice, em relação ao caderno de atenção básica -2013 (Envelhecimento e Saúde Da Pessoa Idosa) que será feito nas reuniões previstas cada semana e responsável o médico.

5.3. Avaliar a rede social de 100% dos idosos

Monitoramento e avaliação

Para a realização do monitoramento e avaliação, da cobertura do Programa da Saúde do idoso, uma vez por mês, as ACS revisarão os registros dos dados dos idosos em acompanhamento na unidade, com auxílio da técnica de enfermagem, para atingir 100% da cobertura, sobre supervisão do médico e da enfermeira.

Organização e gestão do serviço

Para o acolhimento dos idosos toda a equipe será responsável e acontecerá em todos os turnos de atendimento. As consultas serão agendadas diretamente na UBS, através dos ACS ou após o término da consulta médica de acordo com as necessidades individuais (com disponibilidade de sete consultas agendadas no dia do idoso e do Hiperdia, assim como das visitas domiciliares diárias). O cadastramento dos idosos será realizado pelas ACS através das visitas domiciliares,

e o cadastramento dos dados no SIAB será realizado pelo médico e enfermeira semanalmente.

Engajamento público

A equipe irá esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde. Temos que Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde. As atividades serão esclarecidas a comunidade pelas ACS, enfermeira, médico, para garantir uma velhice mais saudável, também comunicaremos através de visitas domiciliares e encontros com a população.

Qualificação da prática clínica.

Para a qualificação da prática clínica é necessária a educação permanente que é refletida e aplicada diretamente na rotina diária dentro da UBS. Também no intuito de fortalecer os vínculos tanto entre a equipe, mas com a comunidade e gestão. As capacitações serão realizadas pelo médico, e enfermeiras, como realizar busca ativa de idosos que não estão em acompanhamento em nenhum serviço. Será realizada uma capacitação antes do início da intervenção, nos horários das reuniões de equipe, com a duração de duas horas, com a participação de todos os membros da equipe, sem comprometer as outras atividades da UBS. Serão utilizados os Protocolos do Ministério da Saúde e as atividades serão apoiadas sobre a Política de Humanização do SUS.

A equipe será treinada pelo médico e a enfermeira para realizar o acolhimento de todos idosos e as ACS serão capacitadas pelo médico e enfermeira para o cadastramento de todos os idosos da área de abrangência da UBS.

Objetivo 6 - Promover a saúde dos idosos.

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

Monitoramento e avaliação

Através da caderneta do idoso, da ficha específica e das consultas médicas iremos monitorar as atividades de promoção de hábitos saudáveis, mudanças de estilos de vida, com supervisão do médico, enfermeira, dentista.

Organização e gestão do serviço

Cada consulta terá um tempo para orientação nutricional, tanto dos idosos como para os familiares, estimulando-os a ingestão de alimentos saudáveis e a importância do consumo de água.

Engajamento público

A comunidade será esclarecida sobre a importância da alimentação saudável, podemos providenciar folders explicativos para entregar a comunidade, com auxílio da gestão.

Qualificação da prática clínica

A equipe será capacitada para orientar a comunidade a respeito da importância de uma alimentação e hábitos saudáveis, tanto na Terceira idade como em qualquer faixa etária, estimulando o envelhecimento saudável, sob a responsabilidade do médico.

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

Monitoramento e avaliação

Através da caderneta do idoso, da ficha específica e das consultas médicas iremos monitorar as orientações para a prática regular de atividades físicas a 100% dos idosos, será responsabilidade do médico e da enfermeira.

Organização e gestão do serviço

Cada consulta ou atividade de promoção de saúde disponibilizará um tempo para as orientações sobre exercícios físicos, sob a responsabilidade do enfermeiro e médico, junto ao importante papel das ACS, procuraremos garantir junto ao gestor municipal áreas onde os idosos possam praticar exercícios. Necessitamos de um lugar para prática dos exercícios físicos, como sugestão, poderiam ser realizados na parte de trás da UBS ou alguma igreja, com auxílio de profissionais qualificados que serão solicitados ao gestor.

Engajamento público

A comunidade será esclarecida sobre a importância da prática regular de atividades física, podemos providenciar folders explicativos para entregar a comunidade, com auxílio da gestão.

Qualificação da prática clínica

A equipe será treinada para orientar sobre a importância da prática regular de exercícios físicos, como caminhadas; dança e outras atividades, sob a responsabilidade do médico.

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

Monitoramento e avaliação

Através da caderneta do idoso, da ficha específica e das consultas médicas e odontológicas iremos monitorar na equipe as orientações sobre a higiene bucal e das próteses dentárias para 100% dos idosos cadastrados, sendo responsabilidade da enfermeira e o médico.

Organização e gestão do serviço

Tanto durante a consulta de enfermagem, médica e odontológica, será disponibilizado um tempo para as orientações sobre a higiene bucal e das próteses dentárias, vamos solicitar à gestão a disponibilidade de kits de higiene bucal.

Engajamento público

A comunidade será esclarecida sobre a importância da higiene bucal, tanto na terceira idade como em qualquer idade, podemos utilizar um espaço no mesmo folder sobre alimentação saudável para estimular o cuidado bucal.

Qualificação da prática clínica

A equipe será capacitada para dar orientações sobre a frequência da higiene bucal, de como cuidar das próteses dentárias, qual a frequência devem ser substituídas, responsabilidade do médico e com auxílio da odontóloga.

2.3.2 Indicadores

Indicador referente a meta 1:

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

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa

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

Indicadores referentes à meta 2:

2.1. Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia

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

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

2.2. Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia

Numerador: Número de idosos com exame clínico apropriado em dia

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.8. Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus.

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

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

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

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

2.10. Proporção de pessoas idosas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

2.11. Proporção de pessoas idosas com primeira consulta odontológica programática.

Numerador: Número de idosos com primeira consulta odontológica programada.

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

2.12. Proporção de pessoas idosas com avaliação de alterações de mucosa bucal.

Numerador: Número de idosos com avaliação de alterações de mucosa bucal.

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

2.13. Proporção de pessoas idosas com avaliação de necessidade de prótese dentária.

Numerador: Número de idosos com avaliação de necessidade de prótese dentária.

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

Indicadores referentes a meta3:

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

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

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas.

Indicadores referentes a meta 4:

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

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

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

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

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

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

Indicadores referentes a Meta 5:

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.

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

Indicadores referentes a Meta 6:

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3.3 Logística

O projeto de intervenção no Programa de Saúde do Idoso está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas. Adotaremos o Caderno do MS 2013, Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa e o Caderno da Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento do Ministério da Saúde de 2010 como protocolo para orientar nossas ações.

Como instrumentos de trabalho, além do protocolo citado acima, utilizaremos o modelo de ficha-espelho de saúde do idoso e uma Planilha Eletrônica de Coleta de Dados (PCD), ambos disponibilizados pelo curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas. Esses instrumentos facilitarão o monitoramento e a avaliação da intervenção, pois os dados contidos nas fichas espelhos servirão para alimentar a PCD que gerará os indicadores. O médico será o responsável por alimentar a planilha de coleta e processamento de dados a cada sexta-feira, e pela avaliação mensal dos indicadores.

Para realizar a intervenção, organizaremos o projeto em passos que ajudaram o desenvolvimento do mesmo: um que estará caracterizado pelo planejamento e organização, solicitude à gerencia dos recursos materiais necessários, solicitar ajuda ao gestor municipal para que seja enviado a UBS o novo protocolo vigente porque na unidade não contamos com protocolo atualizado, caderneta do idoso (100), prontuários (50) e fichas (200) que serão confeccionados com todos os dados que possibilite a avaliação completa do idoso, como a frequência de indicação de exames complementares, exame dos pés, pulsos, sensibilidade sobre tudo em diabéticos, faltosos a consultas, impressão de todas as

fichas espelhos (que será anexada ao prontuário), também a capacitação da equipe, que vai ser mantida durante toda a intervenção, atualização do cadastro dos usuários de 60 anos e mais da comunidade, revisão dos livros de registros, das fichas espelho e dos prontuários e a organização da agenda para disponibilizar as vagas dos idosos. A intervenção vai ter ações desenhadas para atingir as metas e ao final vamos a avaliar a mesma a través do cálculo e interpretação dos indicadores.

Para ampliar a cobertura da saúde do Idoso em nossa unidade será atualizado pelos ACS o cadastro dos mesmos no programa. Serão visitadas aqueles não cadastrados no programa ou aqueles com atrasos para agendar o atendimento e atualizar o cadastro do programa. Será aproveitado este momento para ações de educação em saúde. As consultas serão agendadas diretamente na UBS, através dos ACS ou após o término da consulta médica de acordo com as necessidades individuais com quinze consultas agendadas por semana para idosos (7 o dia de atendimento do idoso na segunda-feira a tarde e 8 para o dia de Hipertensão e Diabetes Mellitus, 4 no horário da manhã e 4 no horário da tarde da terça-feira, para priorizar um usuário por cada microárea), com vagas disponibilizadas o resto da semana para demanda espontânea e sempre com visitas domiciliares agendadas todos os dias para dois idosos por turno, exceto o dia de atendimento do Pré-natal, permitindo assim nas 12 semanas da intervenção dar atendimento aos 176 idosos pertencentes a nossa área de abrangência e dar atendimento a outros idosos fora da área com demanda espontânea para agravos, Embora este não seja nosso foco.

Monitoramento e Avaliação

Na organização do registro específico a enfermeira revisará o livro (adquirido com auxílio da gestão), identificará todos idosos que consultaram nos últimos três meses, após localizará os prontuários e transcreverá todas as informações disponíveis para a ficha específica (já criada), assim poderá realizar o primeiro monitoramento com anotação de consultas com atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso, além das vacinas (para os ACS realizarem a busca ativa), com o objetivo de contemplar os eixos quatro temáticos do curso.

O monitoramento do cadastro dos idosos será realizado mensalmente. Iremos avaliar as fichas e prontuários dos idosos, assim como o livro específico dos registros, e realizaremos busca ativa dos faltosos, a responsável por essa ação será

a enfermeira com auxílio dos ACS. Realizaremos levantamento dos dados dos prontuários (mensalmente) no horário da tarde da cada ultima sexta feira de cada mês, e fichas para avaliar todas as ações, além de revisar os documentos de odontologia e repassar qualquer informação para as fichas, necessitaremos fichas (200), canetas, (10) prontuários (50) será responsabilidade da enfermeira e da técnica de enfermagem. O médico e enfermeira serão responsáveis pela qualidade dos registros, além do preenchimento da caderneta de saúde da pessoa idosa (100), em consultas médicas e odontológicas (contaremos com o auxílio das equipes de odontologia que integram a intervenção). Necessitamos de registros com dados atualizados pelas ACS permanentemente e, vamos cobrar ativamente para que isso seja realizado, das consultas médicas e odontológicas, além da ajuda dos profissionais do serviço social para identificação dos idosos com rede social deficiente, isto será solicitado com o auxílio do gestor municipal. Também o médico e enfermeira registrarão as orientações que foram passadas para cada idoso tanto no prontuário, como na caderneta de saúde da pessoa idosa. Para aqueles com obesidade ou desnutrição elaboraremos estratégias individuais e coletivas para intervir no processo, estimularemos a prática de exercícios físicos tanto nas consultas como nas visitas domiciliares como nas atividades em grupo.

Organização e Gestão do Serviço

As ACS e enfermeira revisarão os prontuários para transcrever os dados dos idosos que comparecem as consultas no último mês para as fichas espelho, e atualizarão as informações do SIAB, necessitamos computador, canetas, fichas já elaborada que conseguiremos com ajuda do gestor municipal, a atualização dos dados no SIAB será realizada semanalmente. O acolhimento será realizado por todos os profissionais da UBS, sobre a supervisão da enfermeira, em todos os turnos de atendimento, o idoso após sua consulta, sairá da UBS com sua próxima consulta agendada.

Para contemplar estas ações descritas, precisamos de balança, antropômetro, Tabela de Snellen, esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica, aparelhos para teste de glicemia, acolher os idosos, programaremos o atendimento dos idosos por turno de trabalho, sem afetar o agendamento, porque os demais programas não devem ser prejudicados, realizaremos capacitação para as ACS sobre avaliação multidimensional rápida da pessoa idosa, instrumento que utilizamos para identificar os problemas de saúde condicionantes de declínio

funcional, que indica quando é preciso utilizar instrumentos mais complexos, poderá ser realizado na unidade básica, respeitando muito a ética para não colocar o idoso em situação iatrogênica (podem ser capacitadas na mesma unidade pelo médico e a enfermeira e nas reuniões previstas). O auxiliar administrativo criará um registro das necessidades de medicamentos dos idosos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade com avaliação do vencimento e falta dos mesmos, as ACS já capacitadas revisarão os agendamentos de odontologia e destinarão as vagas para os idosos com prioridades estabelecidas.

As visitas domiciliares serão realizadas pelas ACS (com os próprios médios) em busca de faltosos, agendando os mesmos nas consultas ou em visitas domiciliares se surgirem agravos que dificultam a locomoção até a unidade, responsáveis a enfermeira e o médico. As ACS têm sua população cadastrada e cuidarão de cada idoso de sua área de abrangência, necessitando internet e computador para manter atualizadas as informações do SIAB, para as microáreas descobertas de ACS determinamos a realização com os mesmos com ajuda do resto da equipe nos horários das visitas domiciliares, para isto determinamos fazer o agendamento destes por microáreas após de terminar com as microáreas cobertas e com ajuda da informação à população através da radio comunitária que será nossa maior ferramenta nas áreas descobertas, responsáveis por essa ação serão o médico e enfermeira. O agendamento será prioritário para os casos com maiores riscos, tanto atendimento médico como odontológico e visitas domiciliares nos casos com rede social deficiente pelas ACS, médico e enfermeira.

Necessitamos de um lugar para prática de exercícios físicos, que poderiam ser realizados na parte de atrás da UBS, mediante o pessoal qualificado que será solicitado ao gestor (profissionais de educação física, fisioterapia, terapia ocupacional), responsável o médico. Precisamos da impressão dos dez passos para alimentação saudável para o idoso, que solicitaremos também 200 impressões, que podem ser distribuídas em consultas, salas de esperas, igrejas, domicílio, pelas ACS, médico, enfermeira, técnica e recepcionista.

Engajamento Público

Elaboraremos folhetos impressos com informação sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso, (mínimo 200), além de contatar com líderes da população para a busca de um lugar como igrejas, para realizar as palestras sobre esses temas. Também a população será informada através das visitas domiciliares e

no âmbito da UBS. Responsáveis por essa ação será a enfermeira, técnica de enfermagem, e ACS. (Para isto o médico e enfermeira, necessitam de um lugar na UBS para capacitar as ACS, ou alguma igreja pela estrutura deficiente da nossa unidade, (prontuário 50), fichas(200), canetas(10), folhas brancas, além de documentos que esclareçam o referente a Política Nacional de Humanização, tudo adquirido com recurso disponibilizados pela gestão. As capacitações serão realizadas no horário utilizado para as reuniões de equipe.

Faremos contato com representantes da comunidade, na radio comunitária e nas igrejas da área de abrangência que colaboram com a equipe para a apresentação do projeto, esclarecendo a importância da atenção ao idoso, os exames complementares em tempo, compensar suas doenças, o tratamento odontológico (que muitos o abandonam por ter que deslocar-se a outra unidade), que conheçam os programas de atenção ao idoso, solicitando maior apoio de toda a comunidade para priorizar o atendimento deste grupo populacional que garanta uma velhice mais segura, serão responsáveis o médico e a enfermeira. Esclarecer em cada cenário com os idosos e familiares na importância de manter atualizada a caderneta e de portar ela sempre, que seja acompanhada e atualizada em outros níveis de atenção, responsáveis toda a equipe. Estimular a comunidade para a inserção do idoso nas atividades da comunidade e solicitar a promoção de atividades para isso (como exemplo, oferta de curso de artesanato, costura, jogo de dominó e outros de acordo com a vontade da população), responsáveis o médico e a enfermeira da equipe.

Esclarecer em cada cenário com os idosos e familiares a importância do acompanhamento frequente, e explicar quando possuem algum risco, orientar a comunidade durante as consultas e visitas sobre a prioridade do atendimento aos idosos, Esclarecer em cada cenário com os idosos e familiares a importância do acompanhamento frequente, para que tenham hábitos alimentares saudáveis, a prática de exercícios regulares e palestras sobre o cuidado bucal, contaremos com a participação do médico, enfermeira com as orientações da equipe de saúde bucal.

Serão divulgadas no mural informativo da UBS mensagens educativas, em relação à saúde do idoso. Realizaremos atividades com os diferentes fatores uma vez ao mês para incrementar a participação comunitária na saúde do idoso, a enfermeira e o médico antes das consultas realizaram palestras com as principais modificações funcionais da velhice e como conduzir as mesmas na família, os

cuidados a terem os familiares e a sociedade para evitar discriminar os mesmos, para conseguir uma terceira Idade mais feliz e prazerosa, pelo que serão convidados líderes da comunidade e gestores em saúde à mesma. Enfim, podemos dizer que a equipe está comprometida com o projeto e pretende se dedicar ao máximo, para que a intervenção tenha sucesso.

Qualificação da Prática Clínica

Antes foram mencionadas como serão realizado todas as ações, mas a capacitação dos cirurgiões dentistas para a realização da primeira consulta odontológica programática para idosos, destinaremos com o gestor municipal para treinamento deste com material vigente, que garanta qualidade em seu serviço (responsável os odontólogos que apoiaram a intervenção e médico). As ACS com cursos de técnica de enfermagem serão treinadas na UBS para a verificação da pressão arterial, as técnicas de enfermagem serão capacitadas para realizar o teste da glicemia, e como responsável a enfermeira. Para isto necessitaremos: esfigmomanômetro aparelho para glicemia. Tudo será realizado de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde

Para isto o médico e enfermeira (responsáveis), necessitam de lugar na UBS para capacitar as ACS, de prontuários, fichas, canetas, folhas brancas. As capacitações acontecerão no horário da reunião da equipe, sobre responsabilidade do médico e enfermeira. Será responsabilidade de o odontólogo que apoiador capacitar a equipe sobre higiene bucal, e de próteses dentárias, em reuniões previstas, o médico irá esclarecer sobre os passos para alimentação saudável, será impresso o material para capacitar a equipe e disponibilizar para a comunidade.

Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Em nossa intervenção a respeito das ações previstas e desenvolvidas, com o objetivo de melhorar os índices de cobertura e qualificar a atenção à saúde dos idosos, residentes na área de abrangência da UBS N-08, conseguimos cumprir com todas as ações previstas em nosso cronograma, entretanto, houve obstáculos que atrasaram algumas delas. A capacitação para a equipe de saúde foi de forma integral e satisfatória a todos os membros, esclarecendo dúvidas através de exemplos e, sobretudo o papel que tinha cada um dos integrantes na intervenção.

Ao respeito da cobertura, foi atingido 100% dos idosos cadastrados e atendidos da nossa área de abrangência, já que depois da verificação realizada pela equipe no último mês de intervenção no casa a casa, estes aumentaram na área de abrangência da UBS N08 de 178 para 191 idosos. Com a intervenção conseguimos atender os 191 idosos cadastrados, atingindo o 100% dos idosos que temos na nossa área de abrangência, tudo graças ao trabalho efetivado pela equipe e, que seguiremos com o trabalho após o término da intervenção, com o objetivo de captar todos os que cheguem novos na área e, fazer melhores registros nos outros grupos programáticos preconizados pelo Ministério da Saúde do Brasil.

Nos indicadores de qualidade, conseguimos nossos objetivos planejados, já no término do terceiro mês de intervenção, logramos avaliar o total de 191 idosos, deles 16 acamados e 42 deles diabéticos, cifras que aumentarão com o seguimento do trabalho para aqueles que completam os 60 anos depois de terminada a intervenção, e aqueles que mudam para nossa área de abrangência, na maioria dos aspectos a avaliar nestes, a equipe conseguiram 100% como: idosos com avaliação multidimensional rápida em dia, avaliação da rede de apoio e de fragilidade para velhice, o exame dos pés nos idosos diabéticos, idosos com avaliação clínica em dia e exames, resgatando os idosos faltosos, as visitas a aqueles acamados ou com dificuldades para se locomover, as orientações da prática de exercícios, alimentação saudável e cuidado da saúde bucal.

Conseguimos 100% na avaliação da necessidade de atenção da saúde bucal e na avaliação na necessidade da prótese dental, com a capacitação da equipe pela odontóloga e com as consultas realizadas pela mesma que se aderiu à intervenção, não assim com a realização da primeira consulta odontológica

programada, que tivemos problemas o início ao não contar com o serviço em nossa unidade e carecer de equipe de odontologia para aderir-se ao acompanhamento dos nossos idosos, o que na realidade foi o nosso principal desafio.

Como não tínhamos serviço de odontologia na nossa unidade precisamos ante a demanda estabelecida pela intervenção, tomar estratégias de conjunto com nossa gerencia ao nível do distrito de saúde, previa reunião com a equipe para avaliar as possibilidades de realizar a mesma já que a maioria dos nossos idosos estava sem acompanhamento, só aqueles que assistiam no Centro de Atenção às Pessoas Idosas, contavam com cuidados odontológicos e a cifra era mínima já que como fica longe da comunidade poucos visitavam o mesmo.

Com o apoio da nova coordenadora de monitoramento e avaliação do Distrito de saúde, que é dentista, conseguimos que a odontóloga de uma unidade perto de nossa área, acolhesse a intervenção e nas últimas semanas do primeiro mês, conseguimos encaminhar os idosos que iam ser atendidos na semana seguinte na unidade, para a avaliação em relação aos critérios registrados na ficha espelho e a PCD.

Para conseguir avaliar o atendimento odontológico dos idosos, determinou-se que os mesmos foram atendidos por odontologia na semana anterior à consulta médica e ao culminar a intervenção, aqueles que não tiveram a avaliação no início da intervenção serão avaliados pela odontóloga, nesta etapa alcançamos 87,4% com 167 idosos avaliados, o que para a equipe foi uma grande conquista, ante a ausência deste serviço na nossa realidade.

Entre os idosos não avaliados, estão aqueles com problemas de locomoção aos que estamos tentando dar solução, e com a abertura da unidade ampliada, para três equipes perto da nossa área, com serviço de odontologia, através do serviço de assistência social, com visita no domicílio a solicitada, pedimos avaliar o atendimento deste grupo de idosos vulneráveis ante a possibilidade de agravos na saúde dental.

No rastreamento e exames para idosos hipertensos e/ou diabéticos, também atingimos nossa meta e todos receberam orientação sobre alimentação saudável, prática de exercícios e saúde bucal, sobretudo em relação a suas patologias de base.

As reuniões em grupo foram vitais para atingir todas as metas propostas nesta intervenção, já que foram onde os familiares mais participaram, os idosos

conseguiram comparar seus estilos de vida com outros idosos que tinham as mesmas dificuldades funcionais, os mesmos medos e as mesmas possibilidades de modificar os riscos para melhorar seu estado de saúde, e sobretudo onde conseguimos eliminar as atitudes evasivas para com o cuidado pessoal e aderir mais os mesmos com nossos serviço e com a equipe, com frequências mensais, tanto com a equipe como com a liderança da comunidade e dois contatos com o conselho local de saúde, participando a totalidade da equipe, e pequenos contatos semanais para tomar estratégias e a capacitação educativa no trabalho e, a função dentro da equipe e na intervenção, explicando a cada integrante o trabalho a ser desenvolvido.

Também tivemos duas reuniões com a odontóloga em uma capacitação que fez para a enfermeira e para mim, na avaliação da necessidade de atendimento odontológico, explicou como identificar as alterações da mucosa e a necessidade de prótese dentaria, que ajudou muito nas consultas e visitas domiciliares, para aqueles com problemas de locomoção, assim logramos a integração de todos, nesta importante tarefa que ajudou a melhorar a qualidade de vida dos nossos usuários maiores de 60 anos.

As outras ações como o cadastramento dos idosos, o correto preenchimento dos registros, os atendimentos clínicos tanto na UBS, como em visitas domiciliares, assim como as buscas ativas foram desenvolvidas sem dificuldade, com apoio de todos os membros da equipe, bem como a entrega da caderneta do idoso.

Tivemos 9 pacientes faltosos que receberam a busca ativa; a maioria deles foram visitados nos seus domicilio para evitar alterações na dinâmica estabelecida na nossa unidade e evitar afetar outras ações programáticas dos outros grupos priorizados pelo ministério da saúde.

Essas visitas foram umas das maiores satisfações que se teve na intervenção, ver como a equipe, sobretudo, a técnica de enfermagem e as ACS que achavam no inicio era um “trabalho de babás”, preocupavam-se por que foram visitados e cuidados, demonstrando a grande sensibilidade que a equipe desenvolveu para com as pessoas que mais merecem nosso respeito e amor, aqueles que já contribuíram com nossos países e para conosco, em nossos anos de formação e agora, só esperam de nós o reconhecimento por tanta entrega, pelo que oferecer o atendimento integral e de qualidade a estes verdadeiros heróis, e contar com o

apoio de minha equipe para poder desenvolver todas as atividades da intervenção, tem sido uma das grandes satisfações para mim no Brasil.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Dentro das ações previstas e não desenvolvidas, citamos a não impressão do folder dos 10 passos da alimentação saudável e, a gestão não disponibilizou o material no início da intervenção, para ser entregue nas consultas, foi entregue posteriormente.

Como estratégia da equipe, as orientações sobre a alimentação e prática de exercício foi repassada aos idosos de forma verbal durante as consultas, foi a maneira que encontramos para contornar o problema.

A UBS não conta com impressora, nem meios audiovisuais, nem serviço de odontologia, nem meio de transporte para os ACS realizarem as visitas domiciliares, e como estratégia para contornar esses problemas a equipe fez as 200 impressões no distrito de saúde, em duas etapas, e ainda teve o apoio da rádio comunitária, que apoiou a equipe na transmissão das informações da programação semanal a ser desenvolvida pela equipe depois de iniciada a intervenção; assim como da odontóloga da unidade perto que abraçou a intervenção e ante a dificuldade no transporte, as visitas domiciliares foram feitas a pé.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Quanto à coleta e sistematização dos dados, não houve problemas ou dificuldades, o material disponibilizado pelo curso, como fichas espelhos, PCD, cadastros no programa, o preenchimento das cadernetas e no SIAB, é de fácil manuseio e interpretação adequada para todos os funcionários.

O diário de intervenção para mim foi quem mais facilitou a organização dos dados para sua colocação nas planilhas, sempre baseado no cronograma das ações que predeterminou os relatórios semanais em relação a cada ação proposta, feitos a cada semana com todo o acontecido na UBS, consultas, reuniões, capacitações, visitas no domicílio e outras atividades em grupos com fins educativos para as melhoras em saúde, porquanto qualificou, como as principais ferramentas no trabalho realizado pela equipe na intervenção.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Após culminar a intervenção e fazendo uma avaliação do trabalho desses 3 meses, podemos dizer que os resultados foram os esperados e podem ser mantidos, de forma viável no contexto de nossa UBS. O mais importante de tudo é que, foi possível incorporar à intervenção a rotina do serviço de maneira organizada, servindo como referência para outros programas e tem dia já predeterminado para acontecer.

Conseguimos alcançar bons indicadores de qualidade, organizar os registros específicos, a comunidade tem recebido informação do programa e objetivos do mesmo, que ajudam à equipe para melhoras da qualidade de vida dos idosos.

Estamos satisfeitos com o resultado alcançado, posso dizer que a equipe aumentou muito o seu conhecimento e sensibilidade, sobre o programa e isso determinou o resultado, se esclareceram as dúvidas dos usuários e suas famílias em relação ao tempo de demora dos resultados de exames, maior conhecimento sobre a identificação dos fatores de risco na velhice e das orientações para diminuir a incidência de agravos.

Conseguimos que a comunidade, os familiares dos idosos, a equipe de saúde, a odontóloga e a gerência reconhecessem a saúde bucal dos idosos como uns dos pilares a olhar e atender com maior nível de resolutividade e rapidez; diminuindo a complexidade da avaliação clínica odontológica, nos adestramentos conseguimos aumentar o nível de conhecimento de cada membro da equipe, e todos unidos tem buscado a integração dos idosos à sociedade; que é o objetivo primário de todas as esferas da sociedade que atendem estes grupos de usuários, por nossa parte, melhorando o estado de saúde psicofísico e social dos mesmos, sobretudo, no âmbito familiar.

Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Nossa equipe nestes três meses de intervenção teve como objetivo fundamental: melhorar a qualidade da atenção à saúde do idoso na UBS N-08, do Bairro Novo Aleixo, Município Manaus, Estado Amazonas. Para realizar o monitoramento e avaliação da intervenção, foram utilizados os seguintes indicadores, de acordo com os respectivos objetivos e metas:

Metas relativas ao Objetivo 1- Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso.

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

Indicador referente à meta 1:

1.1. Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde; relação entre o número de idosos cadastrados no programa e o número de idosos pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

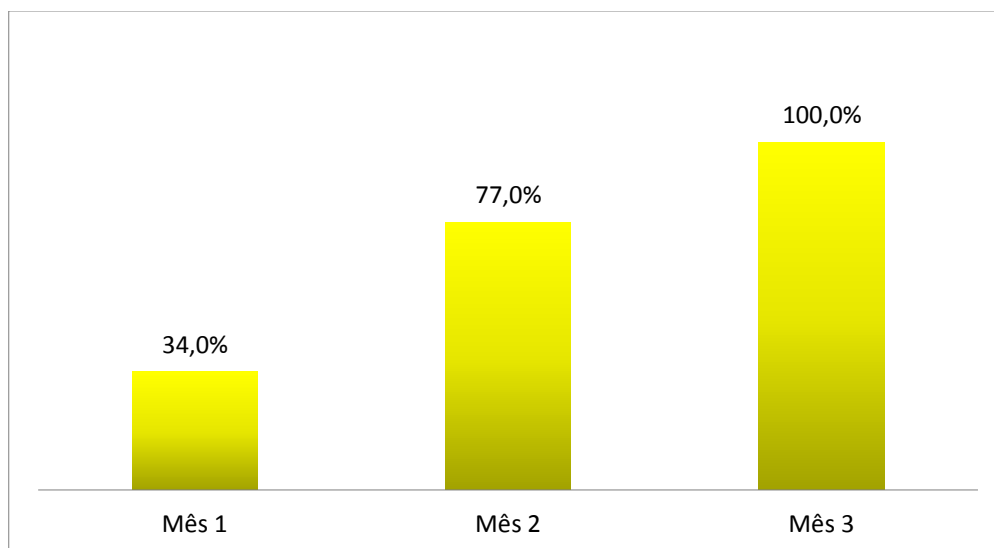


Figura 1: Gráfico da Cobertura do programa de atenção à saúde da pessoa idosa na UBS.

O cadastramento dos idosos foi realizado principalmente pelas ACS através das visitas domiciliares, mas a equipe aproveitou cada espaço onde foram

realizadas as ações para identificar e cadastrar os usuários com idade acima de 60 anos pertencentes a nossa área de abrangência e, o cadastramento dos dados no SIAB e E-SUS, foram realizados pelo médico e enfermeira semanalmente.

Com o trabalho feito principalmente no último mês nas microáreas descobertas pelas Agentes Comunitárias de Saúde, a equipe observou que o número inicial na população alvo da intervenção tinha mudado, já que tínhamos cadastrados 178 idosos no programa e com a migração característica da área este número aumentou a 191 idosos cadastrados ao final da intervenção, mudança evidenciada na PCD no terceiro mês da intervenção, e além de 5 deles falar que a permanência na nossa área ia ser transitória, decidimos cadastrar no programa e manter a vigilância neles para atualizar o cadastro. Apresentando o seguinte comportamento crescente mês a mês; sendo que no primeiro tínhamos cadastrados 65 usuários idosos que representou o 34%, no segundo mês chegamos aos 147 usuários alvo da intervenção representando 77% e no último mês alcançamos cadastrar 191 usuários maiores de 60 anos, aumentando a cobertura acima do previsto e atingindo a meta de 100% dos idosos da área de abrangência cadastrados e acompanhados.

Tudo isto aconteceu devido ao aperfeiçoamento e controle dos registros, capacitação dos profissionais e, o engajamento público desenvolvido pela equipe, correspondente com esta ação programática durante a intervenção e cumprindo com o cronograma das ações previsto.

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

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.

Indicadores meta: 2:

2.1. Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia; relação entre o número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia e o número de idosos cadastrados no programa, pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

A avaliação Multidimensional Rápida foi realizada em cada consulta ou visita domiciliar, a todos nossos idosos já que é uma das avaliações mais importantes a realizar nestes usuários, que permitem ter um manuseio clínico das necessidades e possíveis agravos destes, tanto a meio quanto a longo prazo.

No primeiro mês, foi realizada aos 65 pacientes acompanhados que representou o 100%; no segundo mês atrasou a avaliação da idosa que apresentou evento de insuficiência ventilatória restritiva que foi internada e, ao retorno foi feita completado os 147 pacientes idosos atendidos também alcançando o 100%, e no terceiro mês conseguimos atingir o 100% dos 191 idosos cadastrados com o trabalho realizado por toda a equipe.

Meta: 2.2. Proporção de pessoas idosas com exame clínico apropriado em dia. Indicador:

2.2. Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia; relação entre o número de idosos com exame clínico apropriado em dia e o número de idosos cadastrados no programa, pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Nos três meses de intervenção alcançamos 100% dos usuários maiores de 60 anos acompanhados com o exame clínico realizado no mesmo dia da consulta, pois constitui um pilar fundamental de avaliação em qualquer paciente que assiste a consulta, no primeiro mês realizado aos 65 pacientes atendidos, no segundo mês realizado aos 147 idosos consultados e no terceiro mês conseguimos realizar o mesmo ao total de usuários acima de 60 anos cadastrados na área de abrangência, alcançando o total de 191 que representa o 100% dos nossos idosos.

2.3. Proporção de pessoas idosas rastreadas para Hipertensão Arterial Sistêmica.

Indicador:

2.3. Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia; relação entre o número de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia e o número de idosos cadastrados no programa, pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Em cada consulta ou visita domiciliar todos nossos idosos foram rastreados para hipertensão arterial sistêmica, através da anamnese e aferindo sua pressão arterial com duas avaliações seguindo as orientações para sua realização, já que é uma das avaliações mais importantes a realizar nos mesmos, por sua incidência desta doença com o passo dos anos, sua avaliação permite ter um critério clínico dos possíveis agravos deste grupo de usuários, tanto a médio quanto a longo prazo.

A equipe alcançou rastrear para Hipertensão Arterial a totalidade dos idosos atendidos, no primeiro mês foi realizada aos 65 pacientes acompanhados representando 100%; no segundo mês aos 147 (100%) dos atendidos, e no terceiro mês aos 191 idosos cadastrados e acompanhados que representa 100%.

Para obter estas metas a equipe iniciou por informar a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade, sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS, sobre a importância do rastreamento para idosos com pressão arterial acima de 135/80mmhg ou para aqueles com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica, sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de Diabetes Mellitus.

2.4. Proporção de pessoas idosas rastreadas para Diabetes Mellitus (DM)

Indicador:

2.4. Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada; relação entre o número de idosos com prescrição da Farmácia Popular e o número de idosos cadastrados no programa, pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Em cada consulta ou visita domiciliar todos nossos idosos foram rastreados para Diabetes Mellitus, através da anamnese e a indicação da glicose em jejum e a toma da glicose capilar em jejum em nossa unidade antes do atendimento clínico seguindo as orientações para sua realização, já que é uma das avaliações mais importantes a realizar nos mesmos, por sua incidência desta doença com o passo dos anos, sua avaliação permite ter um critério clínico dos possíveis agravos deste grupo de usuários, tanto a médio quanto a longo prazo.

A equipe alcançou rastrear para Diabetes Mellitus à totalidade dos idosos atendidos, no primeiro mês foi realizada aos 65 pacientes acompanhados representando o 100%; no segundo mês aos 147(100%) dos atendidos, e no terceiro mês aos 191 idosos cadastrados e acompanhados que representa 100%. Para obter

estas metas a equipe iniciou por informar a comunidade sobre a importância da realização da medida da glicose capilar em jejum e a realização de uma glicose em jejum, após os 60 anos de idade, sobre os fatores de risco para o desenvolvimento da Diabetes Mellitus ou, para aqueles com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica, sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de Diabetes Mellitus.

2.5. Proporção de pessoas idosas com diabetes com exame apropriado dos pés em dia.

Indicador:

2.5. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados; relação entre o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa e o número de idosos acamados ou com problema de locomoção, pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

A equipe conseguiu atingir 100% das consultas e visitas domiciliares, o exame físico dos pés dos usuários alvo da intervenção com diagnóstico prévio ou captado como diabético foi feito o exame dos pés com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso, assim como a exploração da sensibilidade nos membros inferiores e as mãos, inclusive para os idosos que não são diabéticos ante a presença em muitos de sintomas como câimbras, dores, transtornos da coloração, formigamento, aparição de varizes e outras sensações próprias da velhice.

Mas em primeiro lugar foram examinados em nossos diabéticos sendo que no primeiro mês aos 19 idosos diabéticos atendidos para 100%, no segundo aos 32 (100%) idosos acompanhados e, no terceiro mês ao total de pacientes maiores de 60 anos cadastrados como diabéticos em nossa área de abrangência, representado pelo total de 42 pacientes sendo alcançado o 100% nesta meta.

2.6. Solicitar exames complementares periódicos para 100% das pessoas idosas.

Indicador:

2.6. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar; relação entre o número de idosos acamados ou com problema de locomoção que receberam visita domiciliar e o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa, pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Neste objetivo não tivemos dificuldades para cumprir, já que a solicitação dos exames sempre foi um meio importante para detectar alterações e agravos de nossos pacientes acima de 60 anos, sobretudo, naqueles que são hipertensos e diabéticos, muitos deles foram avaliados já com os resultados, pois o programa estava sendo acompanhado na nossa unidade e seus exames indicados pelo que muitos estavam retornando, apresentamos alguns problemas no início com as marcações, pelo que tivemos que tomar estratégias na marcação que permitiram menos atrasos para sua realização.

Em nossa unidade 3 ACS e nossa técnica de enfermagem, foram capacitadas e cadastradas para realizar as marcações de exames o que ajuda muito no processo e também com o apoio realizado por nossa enfermeira nas consultas e visitas realizadas, no primeiro mês foram pesquisados com exames complementares os 65 (100%) idosos atendidos, no segundo mês os 147 idosos em acompanhamento para o 100% e, no terceiro mês o total de 191 pacientes acima de 60 anos cadastrados e acompanhados em nossa área de abrangência, que representa 100%.

2.7 - Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.

Indicador:

2.7. Proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta; relação entre o número de idosos com medida da pressão arterial na última consulta e o número de idosos cadastrados no programa, pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Neste objetivo e sua meta a equipe, já tinha feito um trabalho importante, pois no início de nosso trabalho há 2 anos observamos que, como a unidade ficou vários anos sem médico, o acompanhamento dos idosos e sobretudo dos portadores de doenças crônicas não transmissíveis era precário, tomavam rara vez medicamentos e quando o tomavam era orientado por farmacêuticos e, como é um bairro da periferia com uma população de baixos recursos a maioria das vezes não conseguiam comprar os medicamentos por ser muito caros, desde o início solicitei agendar consultas para todos nossos usuários sobretudo, para os portadores de doenças crônicas e assim reavaliar tratamentos, e em todos eles indiquei medicamentos da rede pública, dando prioridade aos medicamentos da unidade, e

indiquei tratamento com cálcio e/ou suplementos vitamínicos e outros a todos nossos idosos em relação à sua necessidade e demanda, sempre com medicamentos da rede pública que aqui em Manaus existe com boa cobertura dos mesmos, sempre dediquei em palestras e atividades tempo para tratar este tema o que permitiu que, no primeiro mês foi orientado para os 65 pacientes idosos atendidos (100%), a importância de usar os medicamentos da rede pública como direito instituído pra eles, no segundo mês aos 147 que representou o 100% e no terceiro mês foi orientado e prescrito o uso de medicamentos da rede pública em uso de seu direito garantido pelo município em parceria com o governo federal aos 191 pacientes acima de 60 anos cadastrados e acompanhados em nossa área atingindo o 100% dos mesmos.

2.8- Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Indicador:

2.8. Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes, relação entre o número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus e o número de idosos com pressão sustentada maior que 135/80mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

No primeiro mês quando começou a intervenção, a equipe tinha identificado como pacientes acamados 6 idosos pertencentes a nossa área de abrangência sem avaliar aqueles com problemas de locomoção, pelo que depois de capacitar a equipe em relação às considerações a ter em conta na sua identificação, e a equipe foi esclarecida sobre dúvidas entre os integrantes sobre o que é uma pessoa acamada e outra com problemas de locomoção, o número destes aumentou, além disso, dois novos idosos resultaram acamados no período da intervenção uma por insuficiência ventilatória com demanda de oxigênio permanente e outro por estágio avançado de Neoplasia digestiva.

A equipe fez a diferenciação e com as visitas em domicílios. No primeiro mês conseguimos avaliar 6 idosos visitados e cadastrados que representava o 100%, no segundo mês completamos 12 idosos com estes problemas de locomoção e foram visitados obtendo o 100%, já no terceiro mês a equipe completou com a pesquisa casa a casa nas microáreas descobertas por ACS os 16 idosos acamados ou com problemas de locomoção os quais foram cadastrados e agendadas suas

visitas domiciliares para conseguir o 100%, ficando aberta as portas do serviço para continuar a busca ativa dos idosos que podem formar parte de este grupo. Com base nos diários entre os problemas apresentados por nossos idosos acamados estão: AVC, DPOC, complicações macrovasculares da Diabetes Mellitus e deficiências físicas traumáticas.

2.9- Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Indicador:

2.9. Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico; relação entre o número de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico e o número total de idosos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Nos três meses de intervenção todos nossos idosos acamados ou com problemas de locomoção foram visitados pela equipe, prévio aviso e agendamento com a família, sempre fui acompanhado da técnica em enfermagem e duas ACS, para fazer o cadastro e avaliação integral do estado de saúde biopsicossocial dos mesmos, fazendo as indicações necessárias e explicando cada orientação para os mesmos e sua família; no primeiro mês foram visitados os 65 o100% atendidos; no segundo mês alcançamos o número de 147 idosos com transtornos da locomoção para o 100% e, no terceiro mês completamos os 191 idosos com estes problemas de locomoção visitados alcançando 100% da meta proposta na intervenção.

2.10- Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Indicador:

2.10. Proporção de pessoas idosas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico; relação entre o número de idosos da área de abrangência na UBS com primeira consulta odontológica programática e o número de idosos cadastrados no programa, pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Em todos nossos atendimentos tanto nas consultas quanto nas visitas domiciliares, uma das avaliações que priorizamos foi a necessidade em nossos idosos de atendimento odontológico, que no primeiro mês prestou para nossa equipe demonstrar à gerencia do distrito de saúde, que a ausência deste serviço em

nossa unidade constituía um problema de saúde, levamos o número de atendimentos na intervenção junto com os de outras ações, como por exemplo, grávidas e a necessidade em todos eles de ser atendidos por serviço especializado em saúde dental, obtendo resposta imediata ao problema, com a parceria de duas equipes de odontologia de unidades perto da nossa que acompanhariam nossos idosos e grávidas pelo que continuamos fazendo a avaliação em todos nossos usuários maiores de 60 anos; no primeiro mês ao 65 atendidos que representou o 100%, somados aos atendidos nos meses posteriores da intervenção sendo que no segundo mês já tínhamos avaliados 147 no segundo alcançando o 100% e completamos no terceiro os 191 idosos avaliados neste critério obtendo o 100% na meta.

2.11. Realizar a primeira consulta odontológica para 100% das pessoas idosas.

Indicador:

2.11. Proporção de pessoas idosas com primeira consulta odontológica programática; relação entre o número de idosos com primeira consulta odontológica programada e o número total de idosos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

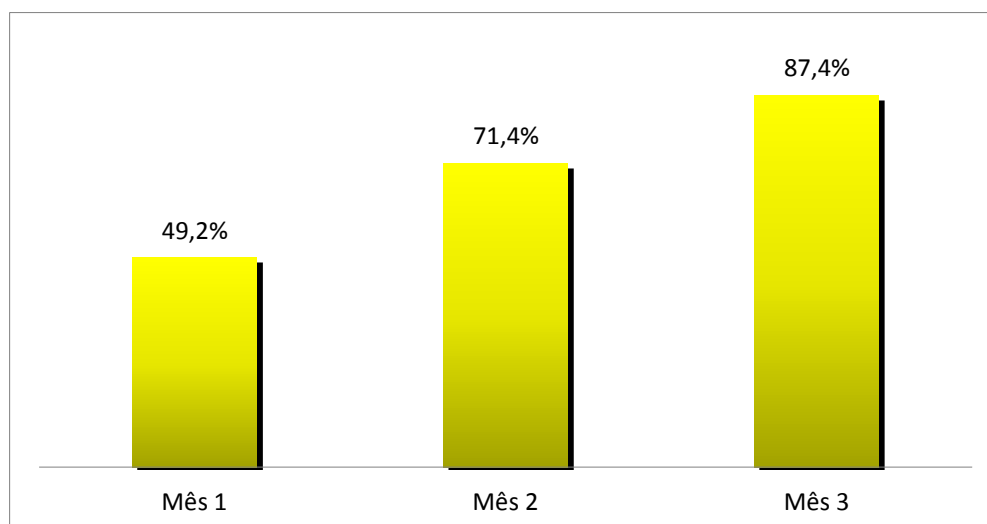


Figura: Gráfico da Proporção de pessoas idosas com primeira consulta odontológica programática

Esta foi a única meta que a equipe por mais que tentou não conseguiu completar, por duas razões principais, uma que ao início da intervenção não contávamos com equipe de odontologia que adere-se com responsabilidade ao atendimento de nossos idosos, determinando atraso nos primeiros usuários atendidos, que depois de ter a equipe de saúde dental em parceria, acolhendo a intervenção foi muito difícil recuperar.

Outro problema foram os pacientes acamados e com problemas de locomoção que ainda não temos equipe para seu cuidado, posterior à abertura da unidade ampliada se orientou que iam ter uma equipe itinerante que dará cobertura de atendimento em usuários descobertos por equipe de saúde e, por meio de assistência social a estes pacientes com problemas de locomoção; a maioria de nossos idosos foi avaliado pela equipe odontológica, mas tinham muitos idosos já em acompanhamento pelo Centro de Atenção Integral ao Idoso e outros em planos particulares; conseguindo só alcançar no primeiro mês o acompanhamento a 32 idosos para o 49,2%, no segundo mês completamos 105 para o 71,4% e no terceiro mês se conseguiu em total acompanhar em primeira consulta a 167 idosos para 87,4%. A equipe continua com o compromisso de aperfeiçoar este indicador em parceria com a equipe odontológica que abraçou a intervenção e a unidade ampliada que iniciou estes serviços.

2.12. Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% das pessoas idosas cadastradas.

Indicador:

2.12. Proporção de pessoas idosas com avaliação de alterações de mucosa bucal; relação entre o número de idosos com avaliação de alterações de mucosa bucal e o número total de idosos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Ao início da intervenção ante a ausência do serviço de odontologia, já explicado a enfermeira e eu fomos com a odontóloga da unidade que, posteriormente realizou o acompanhamento da saúde dental da população alvo de intervenção (usuários maiores de 60 anos), o objetivo do contato foi receber informação e capacitação para a realização da avaliação da mucosa oral, suas alterações, etiologias mais frequentes e a necessidade de prótese dental e assim foi realizado; a especialista explicou como realizar a mesma, as alterações e etiologias

mais frequentes, criando um fluxo daqueles pacientes com lesões que constituíam prioridade da especialidade.

Com a prática a equipe melhorou o fluxo e, só uma idosa dos 5 encaminhados precisou ir até o centro de especialidades odontológicas do distrito de saúde, sem repercussão futura, esta alternativa permitiu que nos três meses a equipe obtivesse o 100% dos idosos por mês avaliados, sendo que no primeiro mês foram avaliados 65 que representou o 100%, no segundo completamos os 147 para o 100% e no terceiro mês os 191 idosos cadastrados que representa o 100% da meta proposta.

2.13. Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% das pessoas idosas cadastradas.

Indicador:

2.13. Proporção de pessoas idosas com avaliação de necessidade de prótese dentária; relação entre o número de idosos com avaliação de necessidade de prótese dentária e o número total de idosos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Ao início da intervenção ante a ausência do serviço de odontologia, o que já foi explicado a enfermeira e eu fomos com a odontóloga da unidade que, posteriormente realizou o acompanhamento da saúde dental da população alvo de intervenção (usuários maiores de 60 anos), o objetivo do contato foi receber informação e capacitação para a realização da avaliação da necessidade de prótese dental e, assim foi realizado.

A especialista explicou como realizar a mesma, as alterações mais frequentes, criando um fluxo daqueles pacientes com maior necessidade que constituíam prioridade da especialidade para seu encaminhamento ao centro especialidades odontológicas do nosso distrito para sua obtenção; com a prática, a equipe melhorou o fluxo e só duas idosas resultaram encaminhados sem critério. Esta alternativa da equipe permitiu que nos três meses a equipe obtivesse 100% dos idosos por mês avaliado, sendo que no primeiro mês foram avaliados 65 que representou o 100%, no segundo completamos os 147 alcançando o 100% e no terceiro mês os 191 idosos cadastrados que representa 100% da meta proposta.

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

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

Indicadores referentes a meta3:

3.1. Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa; relação entre o número de idosos faltosos às consultas programadas e buscados pela unidade de saúde e o número de idosos faltosos às consultas programadas.

Desde nossa primeira reunião, onde foram explicadas as características, objetivos e metas da intervenção em base aos indicadores a obter e, em todas as capacitações, contatos com a liderança da comunidade e nas palestras foi explicado para todos; a necessidade que os idosos faltosos a consulta foram resgatados para cumprirmos a intervenção, pelo que foi determinado a busca ativa dos mesmos para realizar o atendimento na mesma semana marcada, e como alternativa, a equipe determinou sempre que seja possível, realizar visitas domiciliares que permitam avaliar com profundidade o estado do mesmo e as circunstâncias que determinaram sua ausência.

Estas alternativas permitiram que os 4 usuários maiores de 60 anos faltosos no primeiro mês foram resgatados que representou o 100%, assim, os 2 faltosos do segundo mês mantendo o 100% para no mesmo e o total de 9 faltosos ao final do terceiro mês de intervenção que representa 100% dos mesmos, foram resgatados 7 deles em visitas domiciliares, favorecendo a aproximação do serviço com a família e o intercambio oportuno, já que na maioria dos casos foi detectada como a principal causa de ausência dos idosos à consulta o desconhecimento da equipe de saúde pela família, melhorando assim a adesão dos mesmos à consulta de retorno e melhorando o grau de compromisso da família com a saúde de seus idosos.

Metas relacionadas ao Objetivo 4 - Melhorar o registro das informações.

4.1- Manter registro específico no 100% das pessoas idosas.

Indicadores referentes a meta 4:

4.1. Proporção de idosos com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia; relação entre o número de fichas de acompanhamento/espelho com registro atualizado e o número de idosos cadastrados no programa, pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Para conseguir manter o 100% do registro específico de nossos idosos a equipe manteve o monitoramento dos mesmos, realizado mensalmente, as ACS revisaram os registros dos dados dos idosos em acompanhamento na unidade, com auxílio da técnica de enfermagem e, a entrega da caderneta a todos, após da capacitação feita para o correto preenchimento dos mesmos e sua importância; o

registro das informações atualizadas no SIAB foi realizado pela enfermeira e pelo médico. Obtendo, no primeiro mês os registros nos 65 usuários (100%), no segundo mês completamos os registros dos 147 (100%) dos idosos atendidos e, no terceiro mês alcançamos 100%, ao registrar os 191 idosos atendidos na intervenção.

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

Indicador:

4.2. Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa; relação entre o número de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e o número de idosos cadastrados no programa, pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

A caderneta de idoso foi entregue em cada mês, a todos os idosos atendidos, no primeiro mês aos 65 usuários para o 100%, no segundo mês aos 147 (100%) dos usuários cadastrados e, no terceiro mês ao total de 191 idosos pertencentes a nossa área de abrangência, alcançando 100% nesta meta proposta, a mesma foi entregue nas visitas domiciliares pelos ACS ou na recepção da unidade pela administrativa e/ou a técnica de enfermagem, antes da consulta e orientados para seu uso permanente.

Metas relacionadas ao Objetivo 5 – Mapear os idosos de risco da área de abrangência.

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

Indicadores referentes a Meta 5:

5.1. Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia; relação entre o número de idosos rastreados quanto ao risco de morbimortalidade e o número de idosos cadastrados no programa, pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

A equipe conseguiu fazer a avaliação de risco de morbimortalidade de todos os idosos de nossa área de saúde, tanto nas consultas como nas visitas domiciliares, avaliando 65 (100%) de idosos no primeiro mês, 147 representando o 100% no segundo mês, e 191 ao término para 100% dos mesmos rastreados para o risco de morbimortalidade. Foi priorizado o atendimento para os idosos de alto risco, aqueles com dificuldade de locomoção ou com deficiência foram avaliados na visita domiciliar, conseguindo ter o acompanhamento em dia. Os riscos encontrados com

maior frequência foram sedentarismo, obesidade, alimentação inadequada, dislipidemias e as doenças cardiovasculares.

Com o objetivo de melhorar a qualidade do atendimento, além de marcar consultas médicas ou de enfermagem, foi realizada a estratificação do risco dos idosos cadastrados, identificando os de alto risco, encaminhando para fazer acompanhamento especializado e receber avaliação multiprofissional especializada principalmente para aqueles que precisaram avaliação por endocrinologia, neurologia, fisioterapia, psicologia, cardiologia, ortopedistas, entre outras. Nas palestras realizadas, foram oferecidas aos cuidadores e familiares dos idosos e, à comunidade todas as informações sobre os fatores de risco para morbidades nesta etapa frágil e importante da vida.

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

Indicador:

5.2. Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia; relação entre o número de idosos investigados quanto à presença de indicadores de fragilização na velhice e o número de idosos cadastrados no programa, pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

A equipe de saúde conseguiu investigar os indicadores de fragilização na velhice, na totalidade dos idosos, no primeiro mês a 65 idosos que representou o 100%, 147 para o 100% e 191 atingindo o 100% no segundo e terceiro mês respectivamente, obtendo 100% da meta cumprida; nas ações desenvolvidas a equipe conseguiu priorizar o atendimento aos idosos com maior fragilidade na velhice, foram realizadas palestras e atividades com os grupos de idosos e familiares, orientando a importância da avaliação multidisciplinar garantida pelo SUS ao menos uma vez por ano.

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

Indicador:

5.3. Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia; relação entre o número de idosos com avaliação de rede social e o número de idosos cadastrados no programa, pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Para o acolhimento integral dos idosos toda a equipe foi capacitada o que permitiu que durante toda a intervenção fosse avaliada a rede social em 100% dos

idosos, de acordo com as necessidades individuais, esta avaliação foi feita em integração com a participação de todos os membros da equipe, familiares, cuidadores e lideranças da comunidade nas consultas, visitas domiciliares e encontros dos grupos de idosos sendo avaliados 65 dos mesmo representando o 100%, 147 idosos no segundo mês alcançando o 100% e 191 idosos da área de abrangência no terceiro mês, atingindo 100% proposto na meta.

Fizemos maior reforço naqueles onde, a família não cooperava com as consultas e realização dos exames, aqueles que recebem benefícios e os cuidados eram deficientes e, sobretudo, nos que apresentam problemas de locomoção pela vulnerabilidade a que estão expostos, ressaltando seus direitos e a responsabilidade da família com o estado de saúde biopsicossocial do idoso.

Metas relacionadas ao Objetivo 6- Promover a saúde dos idosos.

6.1 - Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas da área de abrangência.

Indicadores referentes a Meta 6:

6.1. Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis; relação entre o número de idosos com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e o número de idosos cadastrados no programa, pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Durante a intervenção foram monitoradas as atividades de promoção de hábitos saudáveis, mudanças de estilos de vida, o que permitiu que nos três meses a equipe obtivesse 100% dos idosos por mês, avaliados, sendo que no primeiro mês foram orientados nestes temas os 65 idosos atendidos para o 100%, no segundo completamos 147 sendo o 100% e no terceiro mês os 191 idosos cadastrados que representa 100% atingindo a meta proposta.

Destinamos em cada consulta um tempo para orientação nutricional, tanto dos idosos como para os familiares, estimulando-os a ingestão de alimentos saudáveis e a importância do consumo de água. Entregamos dicas impressas para uma alimentação saudável e foi uma das estratégias que os pacientes mais gostaram, sendo solicitadas pelos mesmos em cada consulta. Mas a atividade que mais marcou as mudanças na alimentação de nossos idosos foi o café da manhã com os alimentos saudáveis para sua idade e, sobretudo, naqueles que sofrem de

Hipertensão Arterial ou Diabetes Mellitus, os familiares solicitaram para manter as mesmas na rotina da unidade.

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

Indicador:

6.2. Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física; relação entre o número de idosos com orientação para prática regular de atividade física e o número de idosos cadastrados no programa, pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

A equipe foi inicialmente capacitada para orientar nossos pacientes à realização da prática regular de atividade física, permitindo que nas palestras, nos contatos com a família, nas visitas domiciliares e nas consultas fosse garantida a 100% dos idosos cadastrados e acompanhados, atingindo a meta, sendo que no primeiro mês receberam estas orientações os 65 idosos atendidos que representou o 100%, posteriormente os 147 atendidos para o 100% até o segundo mês e 191 no terceiro mês que representa 100%.

Para o cumprimento da mesma, se realizaram atividades com os grupos de idosos utilizando a parte de trás da UBS e, no último mês o centro de convivência do idoso da comunidade para a prática dos exercícios físicos, as atividades foram realizadas por os membros da equipe e a filha da funcionaria da unidade formada em educação física, pois nosso distrito de saúde não conta com profissionais deste perfil.

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

Indicador:

6.3. Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal; relação entre o número de idosos com orientação sobre higiene e o número total de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde bucal.

Ante a ausência em nossa unidade da equipe de saúde bucal, decidimos após do contato e capacitação que a dentista que acolheu a intervenção no atendimento à saúde bucal de nossos idosos, deu para a enfermeira e o médico, capacitar também a todos os membros da equipe para dar orientações sobre a técnica correta de escovação e a frequência da higiene bucal, como cuidar da prótese dentária e a frequência com que devem ser substituídas. Esta alternativa da

equipe permitiu que nos três meses da intervenção a equipe obtivesse 100% dos idosos orientados, antes de ir a consulta com a odontóloga que reforçou com suas palestras usando as maquetes disponibilizadas para essas equipes, e sempre dedicamos tempo nas palestras antes das consultas para avaliar a técnica e explicar a importância do estudo das lesões da mucosa oral, sendo que no primeiro mês foram orientados os 65 idosos atendidos para o 100%, no segundo completamos os 147 idosos o 100% e no terceiro mês os 191 idosos cadastrados e acompanhados pela equipe pertencentes a nossa área de abrangência que representa o 100% da meta proposta atingida.

4.2 Discussão

A intervenção em minha UBS N-08 propiciou a ampliação da cobertura da atenção dos usuários maiores de 60 anos. Antes de iniciar o projeto nossa área de saúde tinha uma cobertura deficiente no acompanhamento dos mesmos, pois existiam 176 idosos, para uma estimativa de 311 em relação a nossa população total de 3112 usuários, mas com a intervenção e a pesquisa diária de nossa equipe, ampliamos a cobertura aos 191 usuários que representa hoje o 100% dos nossos usuários maiores de 60 anos.

O cadastramento da área adstrita permitiu a melhoria dos registros e a qualificação da atenção, com destaque para a ampliação do exame clínico, avaliação multifuncional e fragilidade na velhice, a indicação dos exames de laboratório, exame dos pulsos dos pés dos idosos diabéticos e para a classificação dos riscos de vulnerabilidade, apoio da rede de apoio social, assim como da adesão dos mesmos a nosso serviço.

A intervenção permitiu realizar a capacitação de todos os integrantes da equipe de saúde de unidade utilizando os protocolos de atenção a pessoa idosa elaborado pelo Ministério da Saúde, esta atividade promoveu o trabalho integrado de toda a equipe.

Foram delimitadas as atribuições de cada integrante da equipe, o que favoreceu nosso trabalho. ACS atualizaram o cadastro da área adstrita além de fazer a busca ativa dos idosos faltosos às consultas. As técnicas de enfermagem foram as responsáveis pelo acolhimento, a triagem e atualizar o calendário vacinal. Ante a falta do serviço de odontologia a equipe teve reunião com a gerencia do distrito de saúde que tomou a alternativa de disponibilizar o serviço da equipe de saúde bucal da unidade ampliada que está dentro de nossa área pactuada que atende outra área de abrangência, a odontóloga e sua assistente abraçaram a intervenção par dar primeiramente capacitação a nossa equipe para as avaliações solicitadas na intervenção, assim como a orientação e acompanhamento de nossos usuários com necessidade de atendimento odontológico, onde a dentista e o auxiliar em odontologia ofereceram atendimento odontológico para esses usuários, a meta na primeira consulta deste serviço não foi atingida pela ausência do mesmo e a parceria entre nossas equipes ao inicio de nossa intervenção conseguindo atender só 176 idosos para o 87,4%; más a equipe de saúde dental continua realizando o atendimento para conseguir dar atendimento e orientação ao 100% de nossos idosos. O médico e a enfermeira foram as responsáveis dos atendimentos aos idosos através de consultas e/ou visitas domiciliares, assim como do cadastro no SIAB e o controle monitoramento e avaliação dos indicadores da intervenção.

A intervenção teve grande impacto na equipe, atingimos ampliar a cobertura e melhorar a qualidade do atendimento dos usuários idosos da área de abrangência. As ações realizadas neste período permitiram melhorar nosso trabalho, ficando mais organizado, todos aprendemos a trabalhar unidos, em equipe; além disso, a intervenção conseguiu melhorar na qualidade dos registros, prontuários clínicos e fichas espelhos dos usuários idosos cadastrados e acompanhados em 100%.

Antes da intervenção, as atividades de atenção aos usuários idosos eram concentradas ao médico e a enfermeira; durante a mesma conseguimos reorganizar as atribuições da equipe, viabilizando a função de cada integrante e a atenção a um maior número de idosos que atualmente estão com suas doenças controladas.

Com a capacitação dos profissionais e o reordenamento das agendas médicas e de enfermeira, os atendimentos foram compartilhados segundo a complexidade de cada paciente. A classificação de risco dos usuários idosos determinou a ordem de prioridade no atendimento dos mesmos. Alcançamos cumprir com a maioria dos objetivos e metas traçadas, conseguindo desta forma

melhorar o atendimento deste grupo de usuários sem afeitar o resto das ações programáticas oferecidas a nossa população. Com a melhoria dos registros e os agendamentos dos usuários idosos se viabilizou a organização da agenda para a atenção à demanda espontânea.

O impacto da intervenção na comunidade, já está sendo percebido pelos comunitários, sobretudo, os familiares dos idosos que estão muito agradecidos com todas as atividades que foram realizadas por nossa equipe de saúde com o objetivo de promover saúde aos idosos de nossa área de abrangência, e melhorar sua qualidade de vida. Continuaremos fazendo o mesmo trabalho para conseguir que todos os usuários da área abrangência recebam atendimento com a mesma qualidade e dedicação de toda a equipe.

A pesar da ampliação da cobertura do programa e a melhora na qualidade do atendimento alcançado pela equipe, ainda faltam muitas atividades a desenvolver com nossos idosos para sua inserção na sociedade, nem todos praticam atividade física, nem estão assistindo ao centro de convivência do idoso ou ao centro de atendimento integral aos mesmos, nem exercitam a sua capacidade intelectual, nem de atividades de lazer e entretenimento, pelo que penso que a intervenção tinha que ter um maior envolvimento Intersectorial com carácter municipal ou estadual que se adequam mais à realidade de cada território e que determinaria um maior grau de compromisso das diferentes instituições e órgãos públicos que podem cuidar de este grupo populacional tão vulnerável em nossos dias.

No caso de realizar a intervenção neste momento, gostaria em primer lugar ter o conhecimento das ferramentas de trabalho da intervenção desde o inicio da na unidade de análise situacional que me permitiria ir adequando todas as ações encaminhadas a alcançar com melhor qualidade as metas propostas, já que em três meses resultou um pouco apertado para realizar algumas ações, determinando muitas vezes atrasos, sendo influenciado também por afetações de carácter municipal ou estadual como eventos, feriados e ferias, tentaria conseguir um maior comprometimento da liderança da comunidade em base aos indicadores que íamos a ir avaliando na mesma, me permitiria realizar um cronograma com nossa radio comunitária através da liderança e não só com a equipe, já que forma parte de seu perfil como instituição social prestadora do serviço.

Com a culminação do projeto, percebo que a equipe está integrada e em condições de superar algumas das dificuldades encontradas assim como incorporar

a intervenção na rotina do serviço para continuar cadastrando idosos novos e ampliar para as outras ações programáticas. Continuaremos com a reunião da equipe semanalmente para monitorar as ações que serão desenvolvidas e planejar o trabalho subsequente.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezados Gestores:

Com a intervenção realizada em nossa UBS N08 no Bairro Novo Aleixo, conseguimos a ampliação da cobertura de atenção à saúde do idoso de 76% antes intervenção para o 100% dos mesmos. Melhorou a qualidade do atendimento neste grupo etário, iniciando pelo cadastro, o acolhimento e o atendimento pela equipe. Desde o começo tivemos a oportunidade de compartilhar cada ação, a toma de decisões, e de receber apoio de vocês que ajudaram na logística para programar o trabalho, (lápiz, folhas, materiais impressos), nossa equipe e nossos usuários agradecem seu gesto solidário.

Com a intervenção, foi possível conseguir a capacitação dos profissionais de acordo com o protocolo de Saúde do idoso do Ministério da Saúde, e esta atividade promoveu a integração da equipe de saúde e delimitaram-se as atribuições de cada funcionário da equipe.

A intervenção teve grande relevância no trabalho da equipe, primeiramente conseguiu-se ampliar a cobertura e melhorar a qualidade do atendimento dos idosos e aprimoraram-se os registros, os prontuários clínicos, as fichas espelhos, as agendas do médico e da enfermeira; planejou-se o trabalho das ACS nas microáreas, que facilitou o trabalho organizado, logrando atualizar o esquema vacinal, cumprir com o programa de atendimento, oferecer orientação aos idosos, a seus cuidadores, aos familiares e à população em geral, sobre importância do acompanhamento em saúde dos idosos e a garantia de ser oferecida na unidade de saúde com o objetivo de manter uma melhor qualidade de vida dos mesmos.

Foram orientados sobre saúde bucal, esquema vacinal, riscos e acidentes mais frequentes na velhice, dicas de alimentação saudável, prática de exercícios

físicos, avaliação de risco social, tudo atingido graças ao engajamento público obtido e, ao trabalho desenvolvido pela equipe, tendo como rotina do serviço, as ações da intervenção também às outras ações programáticas.

A equipe considera a incorporação das ações realizadas na intervenção à rotina diária de trabalho como um passo de avanço na UBS, que favorece a brindar um melhor acompanhamento de nossa comunidade integralmente. Ampliar as atividades educativas também foi (é) nossa meta, para conseguir conscientizar a comunidade sobre a importância do acompanhamento não só de nossos idosos nas consultas, com todos os benefícios obtidos, senão a todos os usuários nas diferentes idades e grupos priorizados de atuação como são os adolescentes, a saúde da mulher e planejamento familiar, no programa de prevenção de câncer de mama e colo do útero, saúde do homem, saúde escolar, ao Pré-natal e a nossos pacientes portadores de doenças crônicas ou com deficiências físicas ou mentais.

Também decidimos manter a reunião semanal na rotina diária de trabalho, onde a equipe faz monitoramento das ações que deveram ser desenvolvidas, além de planejar o trabalho subsequente, compartilhar as experiências positivas e aprender das negativas, assim como fomentar a educação no trabalho fazendo análise dos casos mais importantes atendidos ou a serem acompanhados na seguinte semana; realizar esse trabalho constante e organizado em equipe determinou as melhoras de cobertura no atendimento a nossos idosos de 133 usuários ao início da intervenção que representava o 76% para 191 idosos que representa o 100% dos residentes.

Realmente faltou ao início da intervenção um pouco de compreensão da importância da mesma para nossa comunidade por parte da gestão e a equipe, que determinou atraso na estratégia para priorizar o atendimento da saúde bucal de nossos comunitários maiores de 60 anos alvo da intervenção, em fornecer os documentos a utilizar e as fichas espelhos, também faltou por parte da equipe dedicar tempo para fornecer maior informação sobre a importância dos mesmos para obter os objetivos traçados; mas identificados os problemas e debatidos com vocês que são nosso apoio institucional imediato, se tomaram estratégias para solucionar oportunamente os problemas detectados, para que a intervenção ficasse sem contratempos, posteriormente e, realmente contribuiu a obter os resultados pelos que a equipe se sente muito satisfeita e nossa comunidade muito grata.

Ao final da intervenção a equipe atingiu os objetivos e as metas propostas em cada indicador de qualidade com 100%, exceto na realização da primeira consulta programada com a odontóloga, esta ação programática a equipe pretende alcançá-la escalonadamente e conta com o apoio da equipe de saúde bucal que acompanhou as ações neste indicador, pelo que posteriormente informaremos que todos nossos idosos realizaram a consulta com nossa equipe de saúde odontológica.

Temos como proposta para o próximo trimestre realizar depois das capacitações que já foram feitas, um trabalho similar na atenção à saúde da criança e deste jeito a equipe pode ir cobrindo o resto das ações programáticas, com o objetivo de alcançar a cobertura desejada e melhorar a qualidade dos atendimentos, para esse trabalho precisamos ainda mais de sua colaboração e, seria conveniente sua presença em todas as reuniões do serviço, para avaliar esta ação programática, que é vital nos índices de saúde e a demografia do município.

A equipe fica grata com a parceria estabelecida com vocês, que são nossa referencia e nossa garantia logística, neste processo que obteve resultados muito positivos em nossa comunidade e, pede para manter a integração que conseguimos nesta etapa, nas próximas ações previstas para obter as melhoras no resto das ações programáticas a melhorar no futuro próximo, e assim, aumentar a qualidade dos serviços oferecidos a toda a população de nossa área de abrangência.

O impacto alcançado pela intervenção em nossa comunidade é também um êxito da gestão que com tanta presteza apoiou a realização da mesma.

Muito obrigado.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

À Comunidade:

Prezada comunidade da UBSF N08, como todos conhecem sou médico cubano que estou em seu país formando parte de um programa do governo chamado Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), que tem como objetivo de trazer melhoras em questão de saúde pública, de forma universal e com equidade para todos os municípios deste “gigante sul-americano” – o Brasil, com prioridade na atenção básica, tendo como principal meta ampliar a cobertura de saúde a todos os usuários dentro de suas comunidades.

Para integrar este programa estou realizando um curso de especialização em saúde familiar através da universidade de Pelotas, do Rio Grande do Sul. Este curso faz parte dos requisitos do PMMB e a proposta era desenvolver um trabalho de intervenção em nossa comunidade de atuação; em meu caso me encontro trabalhando aqui na unidade N08 que brinda atenção a esta comunidade.

Esta intervenção foi realizada no período de três meses desde a segunda semana de Outubro de 2015 ao mês de Janeiro de 2016 para os usuários do programa de atenção integral aos Idosos de nossa área de abrangência. A intervenção foi realizada em nossa UBS do bairro Novo Aleixo, em Manaus. Nossa área tem uma população estimada de 3.112 pessoas, que procuram atendimento na UBS, tendo cobertura de atendimento para pacientes fora de área.

Como resultados, em 12 semanas, conseguimos cadastrar e acompanhar 191 idosos para 100% da população maior de 60 anos. No início do trabalho tivemos alguns inconvenientes ou dificuldades pelo que conseguimos avaliar apenas 65 idosos, mas com o trabalho em conjunto de toda a equipe aumentamos a cobertura com 147 idosos avaliados no segundo mês e ao término do terceiro completamos o atendimento aos 191 idosos cadastrados. Dentro das atividades realizadas podemos citar: avaliação multifuncional e de fragilidade na velhice, avaliação clínica e social

do mesmo no contexto individual e familiar, a indicação dos exames em dia dos idosos, visita aos acamados e com problemas de locomoção, atendimento odontológico com o apoio da equipe odontológica a unidade UBSF N12 que está perto de nossa comunidade, realizamos atividades em grupos realizadas na UBS e outras nas igrejas da localidade, com o apoio da liderança comunitária e dos funcionários das mesmas que, permitiram ações educativas para familiares e cuidadores de idosos. Nesses encontros, oferecemos dicas de alimentação saudável, cuidado da saúde bucal e prática de exercícios físicos; conseguimos um local para a prática de atividade física perto da unidade, com professor de educação física e participação da equipe.

Conseguimos realizar a busca ativa dos faltosos, com auxílio dos Agentes Comunitários de Saúde, através das visitas domiciliares que, também ofertam orientação em saúde. Buscamos também, avaliar as necessidades de atenção odontológica, programar a primeira consulta com o dentista, realizamos rastreio de idosos hipertensos ou para diabetes mellitus, realizamos avaliação de redes sociais em dia (essa avaliação serviu para conhecermos as limitações de cada idoso e para podermos assim oferecer orientações à família e à sociedade), a avaliação da rede social possibilitou conversas com os familiares e cuidadores sobre o manejo destas pessoas, além dos cuidados para evitar acidentes sobretudo, do ambiente domiciliar e os problemas afetivos que são muito frequentes neste grupo populacional.

Com esta intervenção, conseguimos a incorporação das atividades a rotina deste serviço. Continuaremos trabalhando com o cadastramento e avaliação de cada pessoa que complete os 60 anos e, aqueles que se incorporem a nossa área de abrangência, com controles continuados. Eu e toda a equipe, esperamos que os idosos e seus familiares continuem com a procura pelo serviço, trazendo novas ideias para a melhoria do serviço e fortalecendo o vínculo entre equipe e comunidade e, poder fortalecer o engajamento público que a equipe conseguiu com a liderança comunitária, aceitamos sugestões de estratégias com o objetivo de melhorar e qualificar o atendimento que brindamos em matéria de saúde a todos vocês. Obrigado.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

O desafio de realizar o curso de especialização a distancia desenhada por uma das universidades mais prestigiosas, num pais diferente a sua nacionalidade e formação, com idioma diferente e realidades diferentes, onde você tomou a decisão de trabalhar tendo que desenvolver em paralelo um curso aplicando os conhecimentos adquiridos tentando não só de melhorara a atenção médica em saúde senão de contribuir e gerenciar o processo de trabalho de toda uma equipe e o engajamento público da comunidade pactuada com o mínimo conhecimento do idioma no qual seria avaliado desde o primeiro dia e tendo como modalidade investigativa a intervenção em saúde resultou ao começo do curso um difícil passo para se realizar.

Com o desenvolvimento do curso através do sitio virtual online disponibilizado pela equipe metodológica apoiados por orientadores com muita experiência, criado com mestria e especificidade com desenho interativo e dinâmico, com objetivos práticos e bem definidos, com materiais e bibliografia atualizada e com sítios para o intercambio entre colegas e com nossos orientadores e apoiadores, permitiu que pouco a pouco fossemos adquirindo conhecimento sólido não só na gerencia, na pratica clínica senão também no idioma. Fomos fazendo como nossa guia no processo de trabalho cada orientação nos protocolos disponibilizados, nos casos clínicos disponibilizados, nos estudos da prática clinica; hoje sinto que graças ao curso a equipe foi ganhando em organização, em trabalho compartilhado em equipe e com participação da comunidade.

Após de terminada a intervenção que foi o período mais tenso podemos dizer que o curso preparou-me junto com a equipe para assumir o papel que os corresponde como vigiantes imediatos da saúde da população pactuada e conseguiu realmente superar todos os obstáculos apresentados. Sinto que os conhecimentos adquiridos no curso permitiram desempenhar um melhor atendimento médico já que as atualizações continuamente proporcionadas neste modo de ensino a distancia é aplicável na prática diária.

Sinto-me com conhecimentos mais sólidos para o trabalho desempenhado como profissional no programa: Mais Médicos para o Brasil, com conhecimentos integrais tanto de gerencia, de processo de trabalho, participação comunitária como de atendimento preconizado pelo Ministério da saúde do Brasil, que permite o trabalho organizado e direcionado através dos protocolos para cada ação programática e doença, assim como um aperfeiçoamento do idioma tanto para intercambio diário com nossos pacientes como na escrita através do curso e o preenchimento dos documentos médicos.

O mais relevante do curso foi o fato de garantir através do trabalho da ação programática pouco atendida pela equipe, conseguir elevar a cobertura e qualidade no atendimento destes, melhoras na qualidade de vida da pessoa idosa, reinserir o idoso no convívio social, melhorar a funcionalidade dos mesmos ante muitas tarefas abandonadas por eles e melhorar a adesão da família aos cuidados em saúde de quem merece todo o reconhecimento familiar e social de um país que cada dia destina esforços por lograr uma expectativa de vida maior, com a maior qualidade de vida.

Ao finalizar esta etapa graças ao envolvimento de toda a equipe, a gerência do Distrito de saúde e a liderança comunitária com resultados satisfatórios e reconhecimento de toda a população; só quero agradecer a formação do curso, e todos os temas que ajudaram a qualificar minha prática profissional, tenho muitas expectativas de continuar o trabalho com outras ações programáticas.

Referências

BRASIL. Caderno de Atenção Básica n-19, Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde de 2013.

BRASIL. Caderno da Atenção Básica à saúde da pessoa idosa e envelhecimento do Ministério da Saúde de 2010

BRASIL. ESTATUTO DO IDOSO Série E. Legislação de Saúde 1.^a edição 2.^a reimpressão MINISTÉRIO DA SAÚDE Brasília – DF 200.

BRASIL. IBGE. Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil. Disponível: loja.ibge.gov.br. Acesso 10 de Junho de 2015.

BRASIL. Scielo. Envelhecimento populacional e os desafios para a saúde pública. Revistas.pucsp.br. Acesso 25 de agosto 2015.

BRASIL. Epidemiologia e serviços de Saúde. Prevalência da Diabetes Mellitus em Hipertensos. Scielo.iec.pa.gov.br. Acesso 13 de agosto 2015.

BRASIL. Lancet. Prevalência e Fatores sociodemográficos em Hipertensão Arterial. Saúde.ig.com.br. Acesso 18 de setembro 2015

BRASIL. IBGE. Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil. Disponível: loja.ibge.gov.br. Acesso 10 de Julho de 2015.

OMS. Scielo. Envelhecimento populacional contemporâneo, informações de saúde e desafios. Scielo.org. Acesso 3 de Outubro 2015.

Manaus. (wikipedia.org/wiki/Geografia_de_manaus) Acesso em: 24 de agosto 2015-3 de Outubro 2015.

Apêndices.

Apêndice A - Equipe da UBSF N-08, grupos de idosos e estagiários.



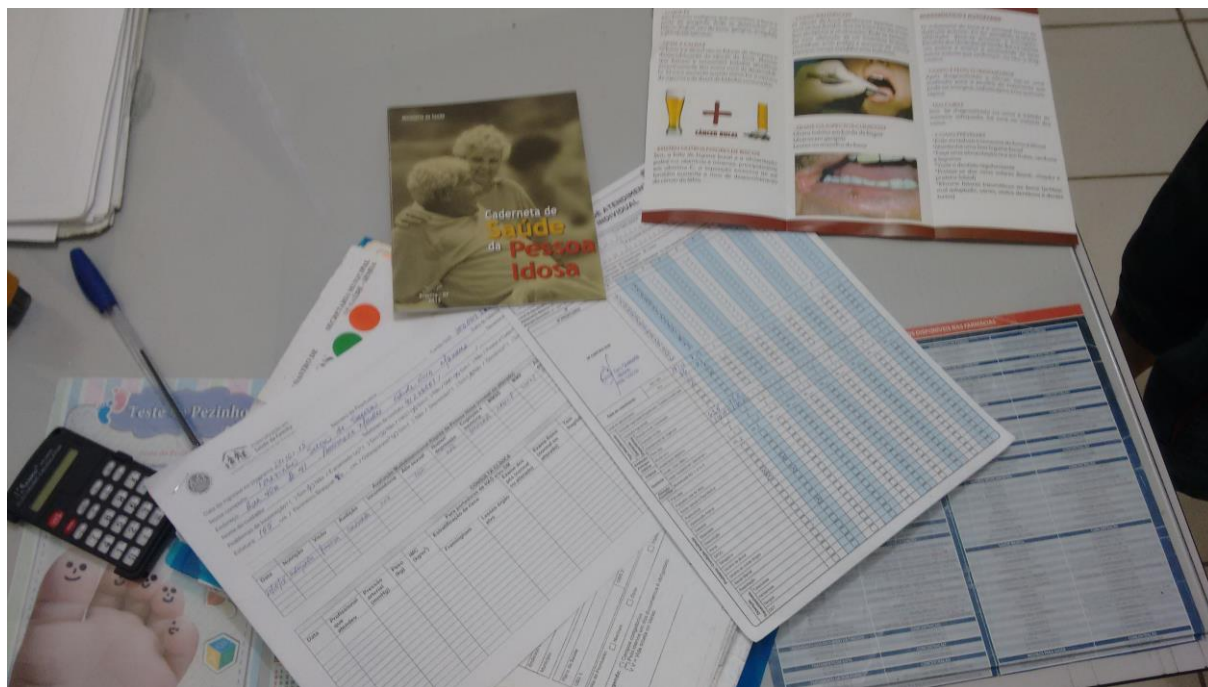
Apêndice B - Atividades de promoção em saúde com grupos de idosos.



Apêndice C - Atendimento clínico dos idosos.



Apêndice D - Ferramentas de trabalho e registros.



Apêndice E - Visita Domiciliar a idosa acamada.



Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

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

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Assinatura do declarante