

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 8**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa idosa na UBS Senador Hélio
Campos, Boa Vista/RR**

Leimainie Viel Busto

Pelotas, 2015

Leimainie Viel Busto

**Melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa na UBS Senador Hélio
Campos, Boa Vista/RR**

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: Niviane Genz

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

B982m Busto, Leimainie Viel

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na UBS Senador Hélio Campos, Boa Vista/RR / Leimainie Viel Busto; Niviane Genz, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

92 f. : il.

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

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

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho aos meus filhos, Claudia,
Ricardo e Bianca.

Agradecimentos

Agradeço à minha esposa, Ellen pela paciência e compreensão.

E, à minha orientadora Niviane pela ajuda dispensada na construção deste trabalho.

Resumo

BUSTO, Leimainie Viel. **Melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa na UBS Senador Hélio Campos, Boa Vista/RR**. 2015. 88f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

Um envelhecimento de qualidade é direito de toda e qualquer pessoa. Nos países desenvolvidos o envelhecimento está associado à melhoria nas condições de vida, não sendo esta a realidade nos países em desenvolvimento. Um considerável número de pessoas idosas são atingidas por doenças crônicas não transmissíveis, por isso se faz necessário um acompanhamento eficaz, tanto por profissionais da saúde como pelos familiares. Essas doenças crônicas, geralmente, interferem na qualidade de vida dos idosos dificultando ou até mesmo impedindo o desempenho de atividades cotidianas de forma independente. As políticas de saúde têm como função contribuir para que as pessoas alcancem longevidade de vida com qualidade. Diante disso, o objetivo fundamental do desenvolvimento da ação programática na Unidade de Saúde Senador Hélio Campos em Boa Vista/RR foi direcionado à melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa no sentido de promover o envelhecimento ativo e saudável das pessoas com 60 anos ou mais pertencentes à área de abrangência da unidade durante doze semanas, entre os meses de fevereiro e junho de 2015. Para a realização dessa intervenção, foram planejadas ações nos eixos de Monitoramento e Avaliação, Organização e Gestão do Serviço, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica, levando-se em consideração as necessidades da população do território de abrangência, a viabilidade de aplicação das ações e a expectativa de obtenção de resultados. Participaram da intervenção todos os idosos pertencentes à unidade de saúde com 60 anos ou mais. O serviço possui em seu cadastro de usuários um total de 289 pessoas maiores de 60 anos dos quais 247 (85,5%) foram avaliados no período da intervenção. Para um bom desempenho da intervenção foram traçadas metas que por ocasião da conclusão da intervenção foram avaliadas mediante os indicadores destinados para cada meta. Esta intervenção trouxe benefício para os idosos acompanhados, entre os quais há usuários com hipertensão, usuários com

diabetes, acamados e os que apresentam outras doenças crônicas não transmissíveis e que aprenderam a conviver de forma diferenciada com as mesmas. As ações iniciadas com o processo de intervenção serão mantidas na rotina do serviço para continuar a garantir melhoria na qualidade de vida de todos os idosos acompanhados pela Unidade.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico da cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na UBS Senador Hélio Campos, Boa Vista/RR, 2015.	59
Figura 2	Gráfico da proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia na UBS Senador Hélio Campos, Boa Vista/RR, 2015.	61
Figura 3	Gráfico da proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia na UBS Senador Hélio Campos, Boa Vista/RR, 2015.	62
Figura 4	Gráfico da proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada na UBS Senador Hélio Campos, Boa Vista/RR, 2015.	64
Figura 5	Gráfico da proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados na UBS Senador Hélio Campos, Boa Vista/RR, 2015.	65
Figura 6	Gráfico da proporção de usuários idosos com hipertensão rastreados para usuários com diabetes na UBS Senador Hélio Campos, Boa Vista/RR, 2015.	67
Figura 7	Gráfico da proporção de usuários idosos com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Senador Hélio Campos, Boa Vista/RR, 2015.	68
Figura 8	Gráfico da proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia na UBS Senador Hélio Campos, Boa Vista/RR, 2015.	71
Figura 9	Gráfico da proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia na UBS Senador Hélio Campos, Boa Vista/RR, 2015.	73
Figura 10	Gráfico da proporção de idosos com avaliação de risco para fragilização na velhice em dia na UBS Senador Hélio Campos, Boa Vista/RR, 2015.	74
Figura 11	Gráfico da proporção de idosos com avaliação de rede social em dia na UBS Senador Hélio Campos, Boa Vista/RR, 2015.	75
Figura 12	Quadro demonstrativo do antes e depois da intervenção realizada na Unidade de Saúde Senador Hélio Campos, Boa Vista/RR, 2015.	80

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CA	Câncer
CAP	Caderno de Ações Programáticas
DM	Diabetes mellitus
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EaD	Especialização à Distância
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
RR	Roraima
TQC	Teste de Qualificação Cognitiva
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

Sumário

Apresentação	9
1 Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	20
2.1 Justificativa	21
2.2 Objetivos e metas	23
2.2.1 Objetivo geral	23
2.2.2 Objetivos específicos e metas	23
2.3 Metodologia	25
2.3.1 Detalhamento das ações	25
2.3.2 Indicadores	44
2.3.3 Logística	50
2.3.4 Cronograma	53
3 Relatório da Intervenção	56
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	56
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	59
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	59
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	59
4 Avaliação da intervenção	60
4.1 Resultados	60
4.2 Discussão	77
5 Relatório da intervenção para gestores	79
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	82
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	84
Referências	86
Anexos	87

Apresentação

O presente trabalho teve como objetivo geral qualificar o Programa de Atenção à Saúde dos Idosos pertencentes à Unidade Básica de Saúde Senador Hélio Campos, Boa Vista/RR. O Projeto de pesquisa evidenciou a importância da temática despertando nos profissionais das equipes de saúde pertencentes à unidade referida, a relevância desta ação para a comunidade. Ademais, contribuiu para melhoria dos registros e o monitoramento dos idosos acompanhados pelo serviço de saúde.

No primeiro capítulo será apresentado a análise situacional apresentando o município ao qual pertence a unidade, a descrição da unidade e uma análise do processo de atenção à saúde realizado na mesma.

No segundo capítulo, será descrito a análise estratégica utilizada, apresentando e detalhando os objetivos, as metas, a metodologia utilizada, as ações propostas para a intervenção e o cronograma.

No terceiro capítulo, será apresentado o relatório de intervenção demonstrando as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, as ações que não foram desenvolvidas, as dificuldades encontradas na coleta e sistematização dos dados e uma análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço.

O quarto capítulo apresentará uma avaliação da intervenção com análise e discussão de seus resultados. Já o quinto e sexto capítulos apresentarão o relatório da intervenção para os gestores e para a comunidade, respectivamente.

No capítulo sete será apresentada uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem. Ainda, ao final será trazida a bibliografia utilizada para este trabalho bem como os anexos que serviram como orientação para o desenvolvimento desta ação.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A atenção primária à saúde (APS) é a “porta” de entrada do sistema de saúde e deve ter como características a utilização equitativa dos recursos em saúde, o atendimento integral e o fácil acesso à população. A Saúde da Família se constitui na estratégia fundamental para a implantação deste modelo de atenção, que beneficia a sociedade, a família e o cidadão. Caracteriza-se pela adstrição de clientela a uma equipe multiprofissional, favorece a formação de vínculo entre profissionais e a população assistida. A clientela é avaliada individualmente e também de forma contextual, ou seja, pelas características geográficas e sócio-políticas (UFPel, 2010).

A realidade da Unidade Básica da Saúde (UBS) Senador Hélio Campos é diferente da descrita acima, pois a mesma foi construída para ser uma unidade com capacidade para apenas uma equipe de saúde. No entanto, a população cresceu e hoje atuam duas equipes no mesmo espaço físico. Cada uma das equipes é composta por uma enfermeira, um médico, uma técnica de enfermagem e seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Além destes profissionais, atuam também uma técnica como vacinadora, uma psicóloga, uma recepcionista e um farmacêutico que atendem à demanda de ambas as equipes.

A UBS possui uma estrutura física distribuída em dois andares. No primeiro andar fica a sala do diretor da unidade e no térreo é realizado todo o atendimento para a população. O térreo possui três salas de atendimento utilizadas pelas duas enfermeiras, dois médicos e a psicóloga. Não temos uma sala fixa para os atendimentos, pois há necessidade das salas serem divididas entre cinco profissionais. Há também uma sala para vacina, uma para triagem e uma para a

farmácia. A recepção fica localizada no salão de entrada da UBS onde também ficam prontuários dispostos em prateleiras, pois não há uma sala específica para colocá-los.

A população atendida pelas duas equipes está dividida por bairros e há bairros adjacentes fora da área de cobertura da Estratégia da Saúde da Família (ESF) que também são atendidos pelas equipes, o que resulta em aumento da demanda e dificuldade para controle da população atendida. A distribuição da população está mal organizada porque algumas ruas próximas à unidade pertencem às áreas descobertas e outras ruas distantes da unidade pertencentes à área de cobertura poderiam ser atendidas por outros serviços que ficam mais próximos. Assim, a realização de visitas domiciliares fica prejudicada, pois não contamos com transporte para a realização das mesmas. É necessário realizar a territorialização de todas as áreas do município.

Diante das dificuldades anteriormente mencionadas as equipes trabalham na erradicação delas a fim de oferecer atenção qualificada no atendimento para a população. O relacionamento entre os integrantes das equipes é muito bom e assim temos facilidade em obter êxito no trabalho realizado, mesmo com os problemas estruturais. Uma boa relação entre os membros da equipe é importante para desempenhar eficientemente o trabalho baseado na Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Na unidade o trabalho é desenvolvido de segunda a sexta-feira, dividido em consultas e visitas domiciliares. A vacinadora e o farmacêutico não realizam visitas domiciliares e permanecem de segunda a sexta-feira na Unidade. As equipes procuram desenvolver as atividades da ESF mesmo com a falta de insumos como inexistência de maca ginecológica e estrutura adequada a fim de oferecer atendimento de qualidade à toda a população adstrita.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O Brasil está dividido por regiões geográficas e atualmente desenvolvo minhas atividades na região do norte do país, no estado de Roraima, especificamente no município de Boa Vista, que consta com uma população estimada de 496.936 habitantes (IBGE, 2014). Para a atenção à saúde dessa população o município conta com 32 UBS, das quais 16 são casas de saúde e 16

são centros de saúde e se encontram distribuídas em 6 macro áreas. No momento não contamos com disponibilidade de equipe Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), embora o projeto tenha sido aprovado aguardando a publicação da portaria de habilitação do município no diário oficial da união. Importante registrar que este texto foi escrito em 30 de outubro de 2014, ao final da unidade 1, análise situacional.

O município conta também com um Hospital Geral, uma Maternidade, um Hospital da Criança e um Pronto Socorro que prestam atendimento para toda a população do Estado e também para o município de Santa Elena de Uairén do Estado de Bolívar da República da Venezuela, já que este Estado faz fronteira com esse país. A disponibilidade de exames na rede pública não é boa e há uma demora muito grande, tanto para o usuário obter uma vaga para a realização dos exames, como para obter os resultados. Se houver necessidade de uma avaliação rápida (menos de sete dias) dos exames do usuário, os mesmos acabam não sendo realizado pelo sistema público de saúde. Pela rede pública a demora é de, em média, 30 dias para realizar e mais ou menos o mesmo tempo para obter os resultados, o mesmo acontece com o atendimento especializado o que dificulta um atendimento de melhor qualidade e resolutividade.

A UBS Senador Hélio Campos situa-se ao sudeste do município, na periferia, mas ainda pertence à parte urbana. É vinculada ao Sistema único de Saúde SUS, sendo um órgão municipal que presta atendimento para a população dos bairros Senador Hélio Campos e Jardim Tropical que são os da área de cobertura, esses bairros apresentam uma população geral de 8.234 habitantes (registro populacional da UBS) e como mencionei, também prestamos atendimento à população de outros bairros que não são da área de cobertura, como: Silvio Botelho, Aracelis e Raiar do Sol. Para a população da área cadastrada da unidade, o modelo de atenção prestada é de ESF tradicional que conta com duas equipes de saúde compostas cada uma por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e seis ACS.

De acordo com o estabelecido pela Atenção Básica, a população da área de abrangência da UBS é muito grande, além do preconizado para o atendimento de duas equipes. A unidade está prestando atendimento às pessoas que são da

área coberta pela mesma e fica difícil ter um controle da população atendida e ofertar uma assistência de melhor qualidade.

Quanto à estrutura física, essa unidade foi construída para ser um pronto atendimento 24 horas e agora está sendo utilizada como UBS. Não conta com espaço suficiente para todos os serviços, de forma geral só tem três consultórios, uma sala de vacina, uma pequena farmácia e uma sala para triagem. A recepção fica na entrada da unidade e não tem um espaço definido para realizar um acolhimento dos usuários, por isso as pessoas ficam na frente das portas das salas de consulta e acabam atrapalhando o desenvolvimento do trabalho dos profissionais. Além disso, o número de consultórios é insuficiente para as duas equipes e precisamos revezar. Às vezes, a enfermeira de uma equipe tem que esperar que a enfermeira da outra equipe termine o atendimento para ela poder realizar os atendimentos correspondente a esse dia, o que levou a equipe a tomar como estratégia a realização de um cronograma de atendimento com dias alternados para cada equipe, mas ainda assim, as vezes, coincidem os atendimentos das equipes, em especial quando acontece alguma demanda espontânea.

A equipe de saúde tem atribuições bem definidas a serem cumpridas e de acordo com as possibilidades e com os recursos que contamos, realizamos muito do que é preconizado, como atenção ao pré-natal, atendimentos às pessoas idosas e crianças, atendimento à saúde da mulher e ao homem, coleta de exames preventivos, testes rápidos para algumas doenças como HIV, HBsAg, HCV e sífilis, entre outras atividades desenvolvidas pela equipe. Uma grande deficiência que atinge a equipe é a ausência do dentista, assim a atenção à saúde bucal da população é deficiente. Os casos que surgem são encaminhados para outras unidades e são priorizados os grupos populacionais de maior risco e necessidade como as gestantes e os idosos.

A população definida da área adstrita é de 8.234 pessoas, conforme mencionado anteriormente, mas não há como definir o perfil demográfico (idade/sexo), pois para apresentar estes resultados teria que conferir os dados nos prontuários médicos que é a única forma de registro da população adstrita e esses prontuários estão ainda muito desorganizados e “misturados” com os dos usuários das áreas sem cobertura. O que evidencia mais uma vez que a

população da área adstrita é muito grande para a estrutura que apresenta nossa equipe de trabalho, o que tem levado a equipe a lançar estratégias para poder realizar o atendimento da população com melhor qualidade, como por exemplo, realizar projetos que permita o atendimento da população aos sábados, e também aumentar a quantidade de atendimento de demanda espontânea, o que sobrecarrega a equipe e é outra das dificuldades que temos que enfrentar no dia a dia. Identifica se a necessidade de realizar o acolhimento da população, lembrando que para poder desenvolver um bom acolhimento primeiramente precisamos de espaço e conforto para os usuários e não há uma recepção adequada para acolher os usuários, mesmo com toda boa vontade das recepcionistas em levarem o maior conforto à população mediante as informações e comunicados às pessoas, minimizando os efeitos desagradáveis que ocasiona o desconforto que existe por causa da fragilidade do espaço físico.

Em relação à demanda espontânea atendida na unidade acredito que a população da área de abrangência da UBS é muito grande para apenas duas equipes de saúde, pois a unidade está prestando atendimento à pessoas que são da área coberta pela mesma, e à pessoas que não são da área coberta, e acredito que as pessoas das áreas descoberta que são atendidas, são mais que as pessoas da área coberta, por isso a demanda espontânea é muito grande, em média, são atendidos na unidade 30 usuários de demanda espontânea por dia.

Existem grupos populacionais que precisam de um maior cuidado e empenho tanto dos profissionais da saúde como da mesma população entre eles podemos citar: as gestantes, os idosos, os usuários com hipertensão, os usuários com diabetes e as crianças. Na unidade em que atuo o atendimento realizado às crianças de 0 a 72 meses é integral e de boa qualidade, em que pese às dificuldades apresentadas, a equipe de saúde faz seu maior esforço para que o atendimento seja desenvolvido com a maior qualidade possível, são realizadas atividades de educação em saúde para as mães, assim como palestras sobre aleitamento materno, alimentação e cuidados das crianças, vacinação entre outras.

A estimativa do Caderno de Ações Programáticas (CAP) disponibilizado pelo curso é de 172 crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade. No momento temos uma cobertura de 83% (142).

Destas, 100% (142) estão com as consultas em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, 11% (15) estão com atraso da consulta agendada em mais de sete dias, 85% (121) realizaram a primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida, 100% (142) realizaram triagem auditiva, realizaram teste do pezinho, possuem monitoramento do crescimento na última consulta, estão com as vacinas em dia e receberam orientações para o aleitamento materno exclusivo bem como também possui registros de orientações fornecidas para a prevenção de acidentes, mas a avaliação de saúde bucal apenas 68% (97) das crianças acompanhadas a realizaram até o momento.

As maiores dificuldades que existem para prestar o atendimento à saúde da criança são a falta de especialistas na unidade e na rede de serviço especializado, o que dificulta o processo da avaliação do desenvolvimento normal das crianças. A presença de um odontólogo e de um nutricionista na unidade poderiam garantir um atendimento as crianças mais completo e integral. Assim, as crianças acabam sendo encaminhadas para outras unidades onde atuam especialistas que possam avaliá-las.

É evidente que para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção à Saúde da Criança na unidade é necessário a melhoria de alguns aspectos como a existência de um protocolo de atendimento específico para crianças e ampliação da quantidade de especialistas trabalhando na rede de saúde municipal. Além disso, poderiam ser desenvolvidas mais atividades educativas, como palestras para as mães adolescentes e para as primíparas a fim de trazer mais informações sobre os cuidados e o que pode ser feito nas mais diferentes situações que podem ocorrer no dia a dia. Há necessidade também de desenvolver atividades em outros lugares da comunidade, para além da UBS, para disseminar ainda mais as informações para a população.

De acordo com a estrutura física e da equipe de saúde, o atendimento desempenhado tem boa qualidade assim como a dos registros. Cada membro da equipe desenvolve sua função para melhorar o atendimento às crianças. Para obter bons indicadores quanto a mortalidade materno infantil é de vital importância um adequado desenvolvimento da consulta pré-natal.

Na unidade em que atuo a atenção à saúde das gestantes estão estruturadas de forma programática, onde a gestante sai de uma consulta com a

próxima agendada e com todas as orientações necessárias para enfrentar uma determinada situação que possa apresentar-se durante o tempo da gravidez. É registrado nos prontuários as ações tomadas em cada consulta que posteriormente são monitoradas. Por esse fato avalia-se a atenção prestada na UBS como de boa qualidade, sendo deficiente os serviços que não são prestados na unidade como o odontológico, nutricional, fisioterapêutico, pois não há um controle dessas ações pela unidade que a acompanha.

Diante disso, um total de 123 (100%) gestantes da estimativa de 123 são acompanhadas apresentando um excelente índice de cobertura. No entanto, das 123 gestantes acompanhadas 52% (64) iniciaram o pré-natal no 1º trimestre, 95% (117) estão com as consultas em dia de acordo com o calendário do Ministério da Saúde e a 100% (123) das gestantes foram solicitados na 1º consulta os exames laboratoriais preconizados, foram administradas as vacinas antitetânica e Hepatite B conforme protocolo, fornecido prescrição de sulfato ferroso bem como orientações para aleitamento materno exclusivo, 22% (27) foram avaliadas quanto à saúde bucal e 24% (30) realizaram o exame ginecológico por trimestre recomendado.

A qualidade da atenção à saúde, a condição dos registros e o planejamento e monitoramento das ações são boas e envolvem todos os membros da equipe que primam pela melhor oferta de serviço possível a essas gestantes assim como as atividades de educação em saúde realizadas. Já a atenção puerperal é de 30% (52) do total de 172 estimadas para a área de cobertura com indicadores de qualidade de 100% (52) quanto à realização da consulta puerperal antes dos 42 dias pós-parto, registro dessa consulta, orientações quanto aos cuidados básicos do recém-nascido, orientações sobre aleitamento materno exclusivo, exame das mamas e do abdômen, orientação sobre planejamento familiar, exame ginecológico e avaliação do estado psíquico e quanto à intercorrências. Precisamos intensificar as orientações acerca da importância desta revisão.

Um das causas de maior morbimortalidade entre as mulheres são as relacionadas aos cânceres de colo de útero e de mama. Na unidade temos um total de 1.755 mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área da cobertura da Unidade de Saúde. Destas, acompanhamos 1.325 (75%) mulheres residentes e

cadastradas. No entanto, os indicadores de qualidade apresentam 1295 (98%) das mulheres acompanhadas estão com o exame citopatológico para câncer de colo de útero em dia e tiveram exames coletados com amostras satisfatórias; 30 (2%) mulheres estão com o exame citopatológico para câncer de colo de útero com mais de 6 meses de atraso; 7 (0,5%) mulheres estão com o exame citopatológico para câncer de colo de útero alterado e para estas também nos exames coletados estiveram presentes as células representativas da junção escamocolunar, 728 (55%) mulheres possuem avaliação de risco para câncer de colo de útero. Entretanto, a 1.325 (100%) das mulheres foi oferecida orientação sobre prevenção de câncer (CA) de colo de útero e sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis DST.

Neste sentido são desenvolvidas ações para a prevenção e controle destas doenças, entre as quais se pode destacar o exame clínico de colo de útero, a coleta do preventivo e o exame das mamas. A coleta do preventivo é realizada duas vezes por semana de forma programada, mas quando chega uma mulher em outro dia e precisa da realização da coleta, o procedimento é realizado pelas enfermeiras, isso porque não existem condições para que a coleta seja realizada também pelos médicos, pois há falta de macas ginecológicas e salas suficientes para realizar o exame. Esse é um dos problemas que prejudica a realização do rastreamento de uma forma efetiva e prejudica as ações de Prevenção do Câncer de Colo de Útero.

Em relação à prevenção do câncer de mama, do total de 382 mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área de abrangência da unidade, são acompanhadas 254 (66%) mulheres residentes e cadastradas na unidade. Dentre as acompanhadas, 232 (91%) estão com mamografia em dia, 22 (9%) estão com mamografia com mais de 3 meses em atraso; um total de 47 (19%) das mulheres estão com avaliação de risco para câncer de mama e a 254 (100%) das acompanhadas oferecemos orientação sobre prevenção do câncer de mama. São realizadas ações em que todas as mulheres entre 50 e 69 anos são orientadas em relação ao câncer de mama e como podem mediante o autoexame de mama detectar a presença de alguma irregularidade nas mamas.

Outras ações realizadas na unidade são as palestras desenvolvidas por todos os membros da equipe, o que facilita que as informações sejam

transmitidas à maioria da população e assim melhorar a qualidade da atenção à saúde, qualidade nos registros, e um bom planejamento e monitoramento das ações.

Quanto aos usuários com hipertensão temos uma estimativa de 1.466 usuários hipertensos com 20 anos ou mais. Destes, acompanhamos na UBS um total de 289 (20%) usuários com hipertensão residentes e cadastrados. A realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico foi realizada a 54% (156), 79% (229) estão com os exames complementares periódicos em dia, 100% (289) receberam orientações sobre prática de atividade física regular e orientações nutricionais para uma alimentação saudável, 14% (40) estão em atraso da consulta agendada em mais de 7 dias e somente 12% (36) possuem avaliação de saúde bucal.

Em relação ao Diabetes Mellitus do total estimado de 419 usuários com diabetes acompanhamos 23% (95). A realização de estratificação de risco cardiovascular foi feita 82% (78), 11% (10) estão com atraso das consultas agendadas em mais de 7 dias e 92% (87) estão com os exames complementares periódicos em dia, com exame físico dos pés nos últimos 3 meses, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos 3 meses, com medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses, com orientação sobre prática de atividade física regular, com orientação nutricional para alimentação saudável, com avaliação de saúde bucal em dia.

Está demonstrado que a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) são doenças crônicas não-transmissíveis, que atingem mais à população brasileira a partir de determinada idade, frente esse quadro deve-se intensificar ações de controle com especial atenção a esses dois grupos populacionais. Na UBS Senador Hélio Campos são desenvolvidas atividades diversas com as pessoas que integram esses grupos, sendo programado um cronograma mensal que conta com atividades de: palestras educativas focadas na prevenção e a promoção em saúde, que permite um desenvolvimento adequado destas atividades por todos os membros da equipe. Mas verifica-se que há aspectos a serem melhorados para alcançar uma maior satisfação da população e um atendimento mais completo.

Um dos aspectos que deve ser melhorado é a garantia de que o usuário saia da unidade com a próxima consulta agendada, as ações de promoção e prevenção em saúde poderiam ser desenvolvidas mais próximas da comunidade, como em igrejas, escolas e centros de trabalhos para uma maior propagação das informações.

Apesar da estrutura da unidade e do grande número de pessoas com HAS e DM atendida é desenvolvido um bom trabalho na atenção à saúde dessas pessoas. Há dificuldades que não dependem do trabalho e esforço da equipe, entre estas dificuldades podemos encontrar o déficit de algumas especialidades que deveriam estar presente na rede de saúde municipal como fisioterapia e nutrição e a ausência do odontólogo na própria unidade de saúde.

Dos grupos populacionais vulneráveis temos também as pessoas idosas que na unidade Senador Hélio Campos contam com um atendimento diferenciado, pois acompanhamos 227 idosos perfazendo 50% da estimativa de 451 pessoas com mais de 60 anos. Dentre os acompanhados, aproximadamente 55% (124) são usuários com hipertensão e 23% (52) são usuários com diabetes. Em nossa UBS não existe déficit de cadernetas de saúde da pessoa idosa, pois 100% (227) a possuem bem como 100% (227) realizam a Avaliação Multidimensional rápida, 95% (215) estão com o acompanhamento em dia; 94% (213) possuem investigação de indicadores de fragilização na velhice, um total de 100% (227) possui avaliação de risco para morbimortalidade, recebeu orientações sobre hábitos alimentares saudáveis e sobre a importância da realização de atividade física regular e 23% (52) estão com avaliação da saúde bucal em dia.

São desenvolvidas diferentes atividades para um melhor atendimento e tratamento deste grupo da nossa população, entre elas palestras que garantam que as informações possam ser divulgadas na população a fim de garantir um melhor modo e estilo de vida das pessoas idosas. Por outro lado, alguns aspectos do processo de trabalho devem ser modificados para que possa ser ofertado melhores condições de atenção à saúde dessas pessoas, como o déficit de especialidades na rede de saúde, que são de muita importância no atendimento das pessoas idosas como o assistente social, educador físico, nutricionista, odontólogo, que desenvolvem um papel importante na melhoria do estilo de vida deste grupo populacional.

Outro ponto a ser melhorado é a garantia que o usuário idoso saia da unidade de saúde com a data do agendamento da próxima consulta. Também devem ser realizadas atividades de educação em saúde com pessoas idosas para além do espaço da UBS e também em outros grupos populacionais, para assim transmitir para outras pessoas importância dos cuidados as pessoas idosas e assim melhorar a qualidade da atenção e compreensão das outras pessoas que convivem com idosos.

Para concluir esta análise situacional podemos afirmar que os maiores desafios a serem enfrentados na UBS Senador Hélio Campos são a falta de espaço e estrutura física e a dificuldade de distintas especialidades na rede de serviços, essas são as causas principais para poder ofertar um atendimento mais integral e de melhor qualidade, conforme preconizado na Atenção Primária à Saúde. O maior objetivo do trabalho desenvolvido é a prevenção de doenças e a promoção de saúde, que já é realizado na unidade, mas pode ser melhorado se algumas questões forem sendo resolvidas. Uma das vantagens é a localização da unidade, pois está situada em um bairro da periferia do município, assim a população dessa área recebe atendimento médico dentro do mesmo bairro. Anteriormente as pessoas precisavam deslocar-se até o centro do município para poder receber atendimento médico. O que levava muitas pessoas não receberem atendimento no momento certo e, por conseguinte terem seus quadros de saúde agravados e muitas vezes cronificados.

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

Percebi que inicialmente minha visão da unidade estava muito limitada e focada na infraestrutura e pouco crítica ao contexto de saúde das pessoas. Após a realização do RAS, com o preenchimento dos questionários, elaboração do Caderno de Ações Programáticas e análise das questões reflexivas, verifica-se que a situação de saúde pode e precisa ser melhorada, para além da estrutura física. Devemos propor ações para fora da unidade e assim a estrutura física da própria comunidade pode se tornar uma extensão da unidade, como por exemplo a realização de ações educativas nas igrejas, escolas, creches.

Devemos pensar em estratégias para ampliar a participação da comunidade e promover mais cuidado em saúde, pois durante o preenchimento dos questionários e do caderno de ações programáticas percebeu-se que na unidade estavam faltando algumas coisas como os protocolos de atendimentos para vários grupos populacionais pelo que algumas condutas tomadas com os usuários não eram as mais adequadas, também que as atividades de prevenção e promoção eram realizadas somente na unidade pelo que a equipe adotou como estratégia a realização dessas atividades em diferentes âmbitos da comunidade como as escolas, as creches e outros centros onde existe uma quantidade de população reunida em um determinado momento para poder transmitir as informações para um número maior de pessoas e assim proporcionar melhoria na qualidade de vida da população.

2Análise Estratégica

2.1 Justificativa

Um envelhecimento de qualidade é direito de toda pessoa pelo qual devemos trabalhar para alcançar este objetivo. Considera-se que para o ano 2050 existirão mais pessoas idosas que crianças menores de 15 anos, no mundo e também no Brasil. Nos países desenvolvidos o envelhecimento está associado a melhoria nas condições de vida, não sendo esta a realidade nos países em desenvolvimento. Um considerável número de pessoas idosas são atingidas por doenças crônicas não transmissíveis, pelo que precisam de acompanhamento, tanto por profissionais da saúde como por seus familiares (BRASIL, 2013).

Essas doenças crônicas geralmente contribuem à incapacidade dessas pessoas, e dificultam ou impedem o desempenho de suas atividades cotidianas de forma independente, pelo que comprometem de forma significativa a qualidade de vida dos idosos. As políticas de saúde tem como função contribuir para que mais pessoas alcancem a longevidade com o melhor estado de saúde possível (BRASIL, 2010). Diante disso, o objetivo fundamental do desenvolvimento da ação programática, melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa na Unidade de Saúde Senador Hélio Campos, é promover o envelhecimento ativo e saudável das pessoas com 60 anos ou mais.

A Unidade de Saúde Senador Hélio Campos possui estrutura física distribuída em dois andares. No primeiro andar encontra-se a sala do diretor da unidade e no andar térreo ficam localizadas as três salas/consultórios para o atendimento à população além da sala de vacinas, farmácia e recepção. Cada equipe é composta por um médico (clínico geral), uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e seis Agentes Comunitários de Saúde. Também há atendimento dos profissionais das áreas de nutrição, psicologia e farmácia. As equipes prestam atendimento a uma população de 8.234 usuários pertencentes à área de abrangência da Unidade. Tendo como base esta população, a estimativa do Caderno de Ações Programáticas é de aproximadamente 451 idosos, mas temos apenas 227 cadastrados até o momento.

Além destes 227 idosos cadastrados na unidade são acompanhados outros fora da área de cobertura. Esta população não apresenta muita adesão ao programa por falta de conhecimento do trabalho desempenhado na unidade, mas acredito que uma vez desenvolvida a ação programática possa aumentar este parâmetro, assim como a qualidade da atenção a este grupo populacional, que no momento, não é uma das melhores porque ainda apresenta algumas falhas, podendo-se citar como exemplo o número de ações de promoção em saúde reduzidas assim como os locais em que são realizadas, uma vez que as ações mais desenvolvidas são as palestras e somente são realizadas na unidade de saúde.

Acredito que o desenvolvimento desta intervenção, poderá ser de grande importância para a unidade de saúde assim como para a população alvo, pois permitirá um maior envolvimento da equipe com a população e um maior grau de implementação desta ação na unidade, conseguindo assim uma melhora na qualidade da atenção, que permitirá poder cumprir com o maior objetivo desta ação programática, que é alcançar melhoria na qualidade de vida deste grupo populacional. Existem algumas dificuldades que teremos que enfrentar ao longo do percurso desta intervenção, entre as quais temos o déficit de recursos para a realização de algumas ações em saúde, mas contamos com o apoio da Secretaria de Saúde que viabilizará o fornecimento destes recursos e também contamos com os integrantes da equipe que são o fator mais importante no desenvolvimento deste trabalho.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na UBS Senador Hélio Campos, Boa Vista/RR.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

Meta1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 85%.

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

Meta2.1: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4 – Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

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

Objetivo 6 – Promover a saúde dos idosos.

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas e visa aprimorar e organizar as ações direcionadas à melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa na Unidade Básica de Saúde Senador Hélio Campos, do município de Boa Vista/RR. Para a realização dessa intervenção, foram planejadas ações nos eixos de Monitoramento e Avaliação, Organização e Gestão do Serviço, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica, levando-se em consideração as necessidades da população do território de abrangência, a viabilidade de aplicação das ações e a expectativa de obtenção de resultados. Participarão da intervenção todos os idosos pertencentes à unidade de saúde com 60 anos ou mais.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1 – Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso na área adstrita da Unidade de Saúde.

Meta 1 – Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 85%.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde periodicamente (pelo menos mensalmente).

Detalhamento: Para garantir que a meta programada seja atingida no prazo previsto e que seja mantida posteriormente faremos uma avaliação em conjunto com a equipe de saúde da unidade sobre as estratégias que devem ser tomadas para que o cadastro seja ampliado paulatinamente.

Organização e gestão do serviço: Garantir cadastro e registro atualizado de 100% dos idosos na Unidade e no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB); melhorar o acolhimento para os pacientes com mais de 60 anos e garantir material e insumos para a assistência, inclusive o de fundo educativo.

Detalhamento: Fazer a atualização de 100% dos cadastros e registros dos usuários idosos, para garantir que sejam fidedignos e com boa qualidade. Também há necessidade de criar um espaço físico para armazenar tais registros,

pois na unidade não existem, o que facilitaria o acesso à informação. É necessária a capacitação da equipe para a realização do acolhimento, garantindo assim a adesão da população alvo ao programa.

Engajamento Público: Esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde. Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso e dos grupos destinados a eles na unidade,

Detalhamento: Realizaremos uma reunião por semana com a equipe para planejar atividade a fim de informar a comunidade sobre a importância de trabalhar prevenção em saúde nessa população e orientar a mesma sobre os fatores de risco de adoecimento na população alvo. A informação é muito importante quando de fato circula de maneira adequada e coerente. Pessoas esclarecidas ficaram mais seguras e vão sentir-se melhor acolhidas com as informações recebidas, pelo que ficaram mais aderidas ao tratamento e/ou acompanhamento pela equipe.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitação da equipe para o acolhimento e cadastramento dos idosos de toda área de abrangência da unidade de saúde incluindo os idosos que não fazem acompanhamento em nenhum serviço de saúde e para acolher as necessidades do idoso dentro da unidade. Capacitação da equipe da unidade de saúde para a Política Nacional de Humanização

Detalhamento: Capacitar a equipe e aos agentes comunitários de saúde sobre a necessidade específica de cada grupo, pois isso permite a compreensão acerca da importância das ações e garante maior engajamento da população alvo. Esta ação será cumprida pelo médico da equipe.

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

Meta 1 – Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida, pelo menos anual, em todos idosos acompanhados pela unidade de saúde.

Detalhamento: Monitorar pelo menos uma vez por ano a realização de Avaliação Multidimensional Rápida assim poderão ser obtidos os subsídios necessários para elaborar estratégias de cuidado multidisciplinar ao idoso. Esta ação será cumprida pela enfermeira da equipe junto com o resto da equipe.

Organização e gestão do serviço: Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropômetro, Tabela de Snellen, entre outros). Definir as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos.

Detalhamento: Solicitar e exigir ao gestor da unidade básica de saúde e ao gestor municipal os instrumentos necessários para a realização da avaliação, além disso integrar a equipe para que cada um contribua para o desenvolvimento das atividades relacionadas com essa avaliação.

Engajamento Público: Orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável. Compartilhar com os pacientes as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social.

Detalhamento: Prover a comunidade e o usuário dos conhecimentos necessários quanto às suas necessidades, para que se estabeleça uma relação de confiança e clareza entre o paciente e a equipe de saúde.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar os profissionais para o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pela UBS. Treinar a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida. Treinar a equipe para o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas.

Detalhamento: Adotar um modelo de protocolo de avaliação multidimensional, realizar a partir de então encontros para que seja de conhecimento geral quais as finalidades e formas corretas de preenchimento do referido protocolo.

Meta 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 usuários com diabetes.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: Garantir a segurança ao paciente mediante o monitoramento do exame clínico apropriado, pois isso influencia na toma de decisões futuras quanto à terapêutica necessária para cada paciente. Esse monitoramento deverá ser realizado pela equipe de saúde mediante os registros feitos em cada prontuário.

Organização e gestão do serviço: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários idosos com hipertensão e/ou diabetes. Garantir busca a idosos que não realizaram exame clínico apropriado. Organizar a agenda para acolher os usuários idosos com hipertensão e diabetes provenientes das buscas domiciliares. Garantir a referência e contra-referência de pacientes com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidade.

Detalhamento: Capacitação periódica da equipe de saúde sobre o exame clínico do usuário idoso, pois assim garantimos um melhor funcionamento e desenvolve das ações planejadas e podemos ver o resultado do trabalho desenvolvido, para poder corrigir os erros. Esta ação será realizada pelo médico da equipe.

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

Detalhamento: Manter informada a população dos riscos de sofrer doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes de doenças como o diabetes e a hipertensão. O entendimento desses riscos por parte dos idosos vai diminuir a porcentagem de pacientes com sequelas por causa dessas doenças, sendo assim de grande importância tais avaliações e orientações.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado. Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: Uma bom exame clínico e um registro adequado faz a diferencia entre uma conduta certa e uma errada, por esse motivo capacitaremos a equipe de saúde para um bom desempenho destas ações, já que podem ser ferramentas muito importantes que determinam a rapidez o demora do processo de atendimento. A enfermeira da equipe fica responsável pela realização dessa ação.

Meta 3 – Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos usuários idosos com hipertensão e/ou diabetes.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar o número de idosos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde e monitorar o número de idosos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: Mediante o monitoramento das fichas espelhos faremos uma avaliação dos pacientes que tem necessidade de realizar os exames complementares de acordo como protocolo adotado na unidade e com a periodicidade recomendada. A enfermeira da equipe fica responsável pela realização dessa ação.

Organização e gestão do serviço: Garantir a solicitação dos exames complementares. Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo. Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento: Os exames complementares são parte importante para o diagnóstico de muitas doenças, por esse motivo devemos garantir a solicitação e realização dos exames nos pacientes idosos, para isso contaremos com o apoio do gestor municipal que vai garantir que esses exames sejam realizados com a maior rapidez possível.

Engajamento público: Orientar os pacientes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares enquanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: Com os exames complementares confirmamos um diagnostico que já teríamos pensado, por isso devemos manter informada a população da importância de realizar os mesmo, no momento adequado, para

evitar consequências maiores. Com os exames em dia as opções terapêuticas são as mais acertadas e evitamos os tratamentos empíricos. Ação que deverá ser realizada pelos ACS.

Qualificação da prática clínica: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: Pretendemos capacitar a toda equipe sobre a solicitação de exames complementares dos pacientes idosos de acordo com o protocolo adotado pela unidade já que alguns desses pacientes apresentam doenças crônicas não transmissíveis como hipertensão e diabetes, pelo que precisam de um atendimento diferenciado para assim melhorar seu modo e estilo de vida. O responsável pela ação será o médico da equipe.

Meta 4 – Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: Acompanhar a distribuição de medicamentos de uso contínuo, fornecidos pela farmácia popular para cada paciente idoso, mediante os registros nos cartões de Hiperdia. Os responsáveis pela ação serão o médico e a enfermeira da equipe.

Organização e gestão do serviço: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamento e manter um registro das necessidades de medicamentos dos idosos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: Manter por meio de planilhas um rigoroso controle de entradas, saídas e pedidos, observando uma margem de segurança do 30% para os novos pacientes cadastrados.

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

Detalhamento: Por meio dos grupos de encontros e em momentos de consultas, forneceremos orientações aos pacientes e comunidade em geral,

quanto à disponibilidade e acesso aos medicamentos disponibilizados na farmácia popular, pois isto poderá garantir uma melhor adesão ao tratamento de cada paciente.

Qualificação da prática clínica: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão. Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: Capacitar a cada membro da equipe para que tenha conhecimento acerca das alternativas de acesso ao tratamento disponibilizado na farmácia popular assim como realizar atualização periódica de todos os profissionais da equipe enquanto ao tratamento de Hiperdia, garantindo assim maior eficácia no tratamento do paciente. Os responsáveis pela ação serão o médico e a enfermeira da equipe.

Meta 5 - Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

Detalhamento: Para garantir que sejam adotadas as medidas necessárias para um bom atendimento, por meio de visita domiciliar, dos usuários idosos acamados, faremos uma listagem que manteremos atualizada, dos usuários idosos acamados, onde registrem as visitas realizadas e os procedimentos feitos por cada profissional da equipe. Ação que será realizada pelos ACS.

Organização e gestão do serviço: Garantir o registro dos usuários idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa.

Detalhamento: Com a ajuda de todos os membros da equipe e em especial dos agentes comunitários de saúde manteremos registros atualizados dos usuários idosos acamados, para garantir o subsídio das ações futuras.

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

Detalhamento: Informar a todos e principalmente à população alvo, sobre a existência na Unidade, do Programa de Atenção ao Idoso, para que todos possam ser beneficiados pelo mesmo. Os responsáveis pela ação são os ACS.

Qualificação da prática clínica: Capacitar os ACS para o cadastramento dos usuários idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência.

Detalhamento: Manter atualizado aos agentes comunitários de saúde enquanto ao cadastramento e busca ativa dos usuários idosos acamados da área de abrangência, para que as fichas de acompanhamento dos usuários seja preenchida adequadamente e tenha os dados o mais fidedigno possível. Os responsáveis pela ação serão o médico e a enfermeira da equipe.

Meta 6 - Realizar visita domiciliar a 100% dos usuários idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar realização de visita domiciliar para usuários idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: Priorizar os casos mais graves de usuários acamados para realização de visitas domiciliares e discutir os mesmos entre a equipe para garantir que todos os acamados ou com dificuldade de locomoção sejam vistos e avaliados pela equipe dentro um prazo razoável.

Organização e gestão do serviço: Organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a usuários idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: Ter uma listagem detalhada dos usuários acamados ou com dificuldade para se locomover com o objetivo de organizar a agenda de trabalho e garantir que os pacientes recebam visita domiciliar no momento que precisarem. Esta ação será realizada pelos ACS.

Engajamento público: Orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar. Orientar a comunidade sobre a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: Manter informada a comunidade das visitas domiciliares e como é o procedimento para obter esse benefício, pois assim podem deliberar e decidir junto à equipe quanto aos casos necessários para serem acompanhados por visitas domiciliares. Ação realizada pelos ACS.

Qualificação da prática clínica: Orientar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos usuários idosos acamados ou

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

Detalhamento: Manter informados aos agentes comunitários de saúde para que possam identificar os casos que realmente precisam de visita domiciliar e estar atento para novos casos assim como manter atualizado os registros das visitas realizadas, com detalhamento de ações que foram realizadas e outras ainda que necessitam de acompanhamento. Os responsáveis pela ação serão o médico e a enfermeira da equipe.

Meta 7 - Rastrear 100% dos usuários idosos com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar o número de usuários idosos submetidos a rastreamento para HAS, periodicamente (pelo menos anualmente).

Detalhamento: Fazer uma revisão pelo menos uma vez por ano das fichas dos usuários idosos para poder obter o número real de idosos que apresentam hipertensão arterial e quais são casos novos. Os responsáveis pela ação serão o médico e a enfermeira da equipe.

Organização e gestão do serviço: Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS. Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

Detalhamento: Sensibilizar toda a equipe da necessidade de um bom acolhimento do paciente idoso e sobre todo daqueles que apresentam doenças crônicas, como a hipertensão arterial. Também garantir os meios necessários para medir a pressão.

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

Detalhamento: Com a medição sistemática da pressão arterial em pacientes maiores de 60 anos evitamos uma porcentagem alta de doenças cardiovasculares e neurológica pelo que devemos manter Informada a população sobre os fatores de riscos para o desenvolvimento de hipertensão. A técnica de enfermagem será a responsável pela realização desta ação.

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

Detalhamento: Todos os membros da equipe devem saber conferir a pressão arterial por isso capacitaremos a equipe para realizar essa atividade, assim facilitaremos o desenvolvimento do trabalho e o atendimento integral de cada usuário. Os responsáveis pela ação serão o médico e a enfermeira da equipe.

Meta 8 – Rastrear 100% dos usuários idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM).

Ações por eixo:

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

Detalhamento: Faremos uma planilha onde apareçam o número de pacientes idosos da unidade cadastrado no programa que apresentam hipertensão arterial, para poder ter um controle de quantos foram rastreados para diabetes mellitus e poder manter esses dados atualizados. Os responsáveis pela ação serão o médico e a enfermeira da equipe.

Organização e gestão do serviço: Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM. Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde. Criar sistema de alerta na ficha de acompanhamento para indicar o idoso que provavelmente terá que realizar o hemoglicoteste.

Detalhamento: Garantir o acolhimento a todos os usuários idosos assim como o testes rápidos para aqueles que apresentem Diabete Mellitus, além disso observar criteriosamente os usuários que tenha necessidade de maior atenção. Os responsáveis pela ação serão o médico e a enfermeira da equipe.

Engajamento público: Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica. Orientar à comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM.

Detalhamento: O rastreamento de Diabetes Mellitus nos pacientes idosos com hipertensão arterial é de muita importância pelo que devemos manter informada a comunidade das atividades sobre esse tema, que serão realizadas todos meses na unidade, para exista uma maior participação do público alvo e com isso lograr um adesão maior ao tratamento. Os responsáveis pela ação serão o médico e a enfermeira da equipe.

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

Detalhamento: Para obter um adequado acompanhamento de cada paciente com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, capacitaremos toda a equipe para a realização do hemoglicoteste de forma adequada. A técnica de enfermagem será a pessoa responsável.

Meta 9 – Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários idosos.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de idosos.

Detalhamento: Manter um monitoramento estrito mediante as fichas espelhos dos idosos para poder avaliar qual precisa de atendimento odontológico para que possam ser encaminhado para outra unidade para fazer tratamento. Os responsáveis pela ação serão o médico e a enfermeira da equipe.

Organização e gestão do serviço: Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde. Cadastrar os idosos na unidade de saúde. Oferecer atendimento prioritário aos idosos na unidade de saúde. Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.

Detalhamento: Fazer uma avaliação detalhada dos idosos que precisem atendimento odontológico, para que mediante uma parceria com outras unidades possam ter esse atendimento, já que em nossa unidade não existe esse serviço. Os responsáveis pela ação serão o médico e a enfermeira da equipe.

Engajamento público: Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal.

Detalhamento: Mediante uma boa higiene bucal podem ser evitadas algumas doenças, por isso realizaremos palestras para orientar à população da importância de realizar a avaliação de saúde bucal e onde podem receber esse atendimento pois não contamos com ele na unidade. Os responsáveis pela ação serão o médico e a enfermeira da equipe.

Qualificação da prática clínica: Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos idosos.

Detalhamento: Capacitar a equipe de saúde para que possa reconhecer quais são os usuários que precisam de atendimento odontológico, para que sejam orientados à realização do tratamento e qual será a unidade que realizará o mesmo pois nossa unidade não conta com esse serviço. O responsável pela ação será o médico da equipe.

Meta 10 – Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Para poder ter um controle sobre a primeira consulta odontológica de cada usuário cadastrado no programa, devem ser registrada essa ação na ficha individual de cada idoso, e logo repassado para as fichas espelhos, esta ação de veria ser desenvolvida pela equipe de saúde bucal, mas nossa unidade não apresenta esse tipo de serviço, por esse motivo não conseguiremos saber quais serão os pacientes que terão esta primeira consulta realizada, pois essa consulta será realizada em outra unidade que será escolhida pelo paciente de acordo com suas possibilidades e disponibilidade de tempo. Em nossa unidade será realizado somente a parte orientadora.

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

Meta 1 - Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Ações por eixo:

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

Detalhamento: Realizar o monitoramento das cadernetas sempre que o idoso visitar a unidade ou nas visitas domiciliares, para manter o monitoramento

das consultas conforme periodicidade recomendada. Os responsáveis pela ação serão o médico e a enfermeira da equipe.

Organização e gestão do serviço: Organizar visitas domiciliares para busca dos faltosos e a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Com a ajuda dos agentes comunitários de saúde realizaremos visitas domiciliares para buscar aos usuários idosos faltosos a consulta e assim melhorar a adesão dos mesmos ao tratamento.

Engajamento público: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas. Ouvir a comunidade sobre estratégias para evitar a evasão dos idosos às ações na unidade. Esclarecer os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Nos encontros com a comunidade informaremos e esclareceremos da importância das consultas e ao mesmo tempo escutaremos sugestões de como conseguir que os idosos não faltem à consulta. Os ACS serão os responsáveis pela ação.

Qualificação da prática clínica: Treinar os ACS para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade. Definir com a equipe a periodicidade das consultas.

Detalhamento: Nas reuniões que serão realizadas com a equipe de saúde capacitaremos os agentes comunitários de saúde para que possam orientar os pacientes enquanto as consulta e sua periodicidade. Os responsáveis pela ação serão o médico e a enfermeira da equipe.

Objetivo 4 – Melhorar o registro das informações

Meta 1- Manter registro específico de 100% dos usuários idosos cadastrados na unidade de saúde.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: Realizar registros das informações de forma efetiva para que se possa monitorar o acompanhamento dos idosos de forma efetiva, assim como a atualização dos dados que permitirá o acompanhamento em intervenções posteriores. Os responsáveis pela ação serão o médico e a enfermeira da equipe.

Organização e gestão do serviço: Manter as informações do SIAB atualizadas. Implantar a ficha de acompanhamento. Pactuar com a equipe o registro das informações. Definir responsável pelo monitoramento dos registros. Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar e a não realização de estratificação de risco.

Detalhamento: Organizar uma planilha a fim de acompanhar a situação das consultas, exames complementares e a realização de estratificação de risco. Escolher dentre os profissionais da equipe, pelo menos um, para responsabilizar-se pelo envio das informações ao SIAB e acompanhar o monitoramento dos registros. Os responsáveis pela ação serão o médico e a enfermeira da equipe.

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

Detalhamento: Utilizar o momento das atividades realizadas com a população alvo para orientar quanto ao direito de terem acesso aos registros efetuados em seu prontuário e a segunda via, caso seja necessário. Os ACS são os responsáveis pela ação.

Qualificação da prática clínica: Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do usuário idoso.

Detalhamento: Para que sejam realizados os registros de forma adequada capacitaremos a equipe da unidade de saúde, pois esses registros podem ser utilizados posteriormente. Os responsáveis pela ação serão o médico e a enfermeira da equipe.

Meta 2- Distribuir a Caderneta de Saúde do Usuário Idoso a 100% dos usuários idosos cadastrados.

Monitoramento e avaliação: Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Detalhamento: A realização do monitoramento das cadernetas dos usuários vai ser realizada por qualquer membro da equipe, pois estarão capacitados para isso.

Organização e gestão do serviço: Solicitar ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Detalhamento: Com a ajuda do gestor municipal poderemos garantir que 100% dos idosos tenham caderneta de saúde, pois esse será o principal instrumento de trabalho para monitorar o acompanhamento dos pacientes.

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

Detalhamento: Durante as atividades realizadas com os usuários idosos explicaremos a importância de que cada usuário seja portador de sua caderneta já que nela estarão registrados os dados sobre sua saúde e pode ser de utilidade em qualquer outra unidade de saúde. Ação que será realizada pelos ACS.

Qualificação da prática clínica: Capacitar a equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Detalhamento: Para o preenchimento da caderneta será capacitada a equipe de saúde, pois serão introduzidos dados nela que precisam de estar de forma legível. Os responsáveis pela ação serão o médico e a enfermeira da equipe.

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

Meta 1 – Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade, com atenção especial para estratificação do risco cardiovascular em idosos cadastrados na unidade de saúde.

Ações por eixo:

Monitoramento e Avaliação: Monitorar o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência.

Detalhamento: por meio dos registros efetuados nos prontuário dos usuários idosos monitoraremos a realização da estratificação de risco dos idosos, pois esse procedimento garante que intercorrências graves possam vir a ocorrer. Os responsáveis pela ação serão o médico e a enfermeira da equipe.

Organização e gestão do serviço: Priorizar o atendimento a idosos de maior risco de morbimortalidade.

Detalhamento: Garantir o atendimento prioritário aos idosos de maior risco de morbimortalidade mediante a organização da agenda para o atendimento desta demanda. As pessoas responsáveis pela ação serão as recepcionistas.

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

Detalhamento: Com a realização dos grupos de idosos esclareceremos à comunidade quanto à importância do controle adequado de fatores de risco modificáveis para melhorar o modo e estilo de vida. Os responsáveis são os ACS.

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

Detalhamento: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo atentando para a importância do registro desta avaliação e quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis. Os responsáveis pela ação serão o médico e a enfermeira da equipe.

Meta 2 – Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Ações por eixo:

Monitoramento e Avaliação: Monitorar o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice.

Detalhamento: Monitorar por meio das fichas espelhos os indicadores de fragilidade na velhice assim podemos avaliar diferentes patologias apresentadas com maior frequência nos idosos. Os responsáveis pela ação serão o médico e a enfermeira da equipe.

Organização e gestão do serviço: Priorizar o atendimento dos idosos fragilizados na velhice.

Detalhamento: Priorizaremos o atendimento deste grupo populacional mediante o agendamento diferenciado já que é de maior risco de adoecimento. Os responsáveis pela ação são as recepcionistas.

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

Detalhamento: Esclarecer dúvidas e permitir acesso aos serviços da unidade de saúde poderá estabelecer uma relação de confiabilidade entre equipe e idoso. Estabelecer vínculos com este grupo pode garantir uma adesão mais eficiente. Os ACS são os responsáveis pela ação.

Qualificação da prática clínica: Capacitar os profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice.

Detalhamento: Durante o período de capacitação da equipe estudaremos o protocolo adotado pela unidade o que facilitará a identificação dos indicadores de fragilização na velhice e um melhor atendimento dessa população alvo. Os responsáveis pela ação serão o médico e a enfermeira da equipe.

Meta 3 – Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

Ações por eixo:

Monitoramento e Avaliação: Monitorar a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS. Monitorar todos os idosos com rede social deficiente.

Detalhamento: Investigar junto à família, quais as relações que podem ser fortalecidas, utilizar os mecanismos de serviço social do município, avaliando os vínculos já estabelecidos. Os ACS são os responsáveis pela ação.

Organização e gestão do serviço: Facilitar o agendamento e a visita domiciliar aos idosos com rede social deficiente.

Detalhamento: Organizar dentro do serviço agenda para a realização de visitas domiciliares a aqueles idosos em situação de risco social, ou com histórico de abandono. Os ACS são os responsáveis pela ação.

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

Detalhamento: Buscar uma rede de atenção ao idoso, fortalecendo parcerias junto a outros seguimentos da comunidade, verificar que trabalhos são desenvolvidos e quais deles podem inserir o idoso nas estratégias. Os responsáveis pela ação são os ACS.

Qualificação da prática clínica: Capacitar a equipe para avaliar a rede social dos idosos.

Detalhamento: Utilizar reuniões para discutir casos mais específicos e elaborar juntos um projeto de intervenção, será de grande relevância para o sucesso do projeto. Envolver toda a equipe na atenção, fará dela uma equipe

potente e capacitada. Os responsáveis pela ação serão o médico e a enfermeira da equipe.

Objetivo 6 – Promover a saúde dos idosos.

Meta 1 – Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos idosos.

Ações por eixo:

Monitoramento e Avaliação: Monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos. Monitorar o número de idosos com obesidade / desnutrição.

Detalhamento: Alimentar-se bem e de forma sistemática pode garantir um bom aporte nutricional pelo que demandaremos junto ao gestor parcerias institucionais para envolver profissionais nutricionistas nesta atividade organizando práticas coletivas e monitorando individual aos obesos ou desnutridos.

Organização e gestão do serviço: Definir o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Detalhamento: Capacitar toda a equipe para que possa fornecer orientações adequadas na ausência do profissional nutricionista, mesmo sabendo que esta é a pessoa mais indicada na equipe para realizar tal tarefa, mas não necessariamente apenas este pode fornecer orientações básicas sobre o assunto. O gestor da unidade será o responsável pela ação.

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

Detalhamento: Levando em consideração os grupos alimentares bem como horários apropriados, entre outras informações utilizaremos oportunidades como palestras educativas para fornecer orientações da prática de alimentação saudável aos usuários idosos. Os responsáveis pela ação são os ACS.

Qualificação da prática clínica: Capacitar a equipe para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável" ou o "Guia alimentar para a população brasileira". Capacitar a equipe para a orientação nutricional específica para o grupo de usuários idosos com hipertensão e/ou diabetes.

Detalhamento: Buscar orientações sobre metodologias de educação em saúde para capacitar a equipe no oferecimento de orientações adequadas aos idosos sobre a importância da manutenção de hábitos alimentares saudáveis. O gestor da unidade será o responsável pela ação.

Meta 2 – Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários idosos.

Ações por eixo:

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

Detalhamento: Com o objetivo de envolver educadores físicos na rotina da unidade demandaremos junto ao gestor parcerias institucionais que permita desenvolver atividades físicas para os idosos na unidade.

Organização e gestão do serviço: Definir o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular. Demandar do gestor municipal parcerias institucionais para realização de atividade física.

Detalhamento: Para prover às orientações pertinentes para realização de atividades físicas como práticas regulares e constantes no grupo de idosos solicitaremos um profissional educador físico que possa dar suporte adequado. Essa ação será responsabilidade do gestor da unidade.

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

Detalhamento: Explicar para a comunidade e para os idosos a necessidade de práticas de exercícios físicos para a melhoria da qualidade de saúde da população alvo. Estimular a realização de atividades na comunidade utilizando espaços sociais ou outros como conselhos comunitários. Ação que será responsabilidade dos ACS.

Qualificação da prática clínica: Capacitar a equipe para orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular.

Detalhamento: A realização de atividades físicas no paciente idoso é de muita importância, pois ajuda a diminuir a incidência de doenças cardiovasculares e neurológicas, por esse motivo capacitaremos a equipe para que saiba orientar aos usuários e a comunidade em geral sobre esse tema que está presente em

nosso dia a dia. Os responsáveis pela ação serão o médico e a enfermeira da equipe.

Meta 3 – Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

Monitoramento e avaliação: Monitorar as atividades educativas individuais.

Detalhamento: As atividades educativas individuais ficaram registradas nos prontuários para poder realizar posteriormente um monitoramento detalhado das mesmas. Fornecer orientação sobre risco das diferentes doenças que podem surgir por uma higiene bucal inadequada. Os ACS são os responsáveis pela ação.

Organização e gestão do serviço: Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: Garantir que em cada consulta sejam realizadas as orientações individuais de cada paciente. Os responsáveis pela ação serão o médico e a enfermeira da equipe.

Engajamento público: Orientar idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal, do cuidado com as próteses dentárias.

Detalhamento: Com a realização de palestras educativas podemos garantir que os idosos e a comunidade recebam as orientações necessárias sobre a higiene bucal assim como a forma correta de escovar os dentes e próteses para evitar doenças. Os responsáveis pela ação serão o médico e a enfermeira da equipe.

Qualificação da prática clínica: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas quanto à higiene bucal, cuidado com próteses dentárias.

Detalhamento: Buscar orientações sobre metodologias de educação em saúde junto a profissionais capacitados a fim de capacitar a equipe para que possa oferecer orientações adequadas aos idosos quanto à higiene bucal e cuidados com próteses dentárias. O responsável pela ação será o gestor da unidade.

2.3.2 Indicadores

Os indicadores listados a seguir estão relacionados às metas estabelecidas para esta intervenção.

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

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 85%.

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

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa.

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

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

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

Indicador 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.

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

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

Numerador: Número de idosos com exame clínico apropriado em dia.

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

Meta 2.3: Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos usuários idosos com hipertensão e/ou diabetes.

Indicador 2.3: Proporção de usuários idosos com hipertensão e/ou diabetes com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Numerador: Número de usuários idosos com hipertensão e/ou diabetes com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

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

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

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

Numerador: Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular.

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

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

Indicador 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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 2.8: Proporção de usuários idosos com hipertensão rastreados para diabetes.

Numerador: Número de usuários idosos com hipertensão rastreados para diabetes mellitus.

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

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

Indicador 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.

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

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

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

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

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

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

Indicador 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.

Objetivo 4– Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

Indicador 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.

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

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

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

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

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

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

Indicador 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.

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

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

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.

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

Objetivo 6– Promover a saúde dos idosos.

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

Indicador 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.

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para a realização da intervenção adotamos o protocolo de envelhecimento e saúde da pessoa idosa do Ministério da Saúde de 2013 e para a obtenção dos dados utilizaremos os prontuários pessoais de cada idoso que serão revisados pela enfermeira que registrará os dados em uma ficha-espelho adequada às necessidades do projeto esta ficha é provida pelo curso.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidos com a equipe da UBS. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação sobre o manual técnico de atendimento à pessoa idosa para que toda

a equipe utilize esta referência na atenção à pessoa idosa. Esta capacitação ocorrerá na própria unidade de saúde, para isto serão destinadas duas horas ao final do expediente, no horário utilizado tradicionalmente para reunião de equipe. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe.

As ações de monitoramento e avaliação a serem realizadas serão agrupadas por tipo para que o controle possa ser mais efetivo e serão realizadas pelo médico e pela enfermeira. As ações de organização e gestão do serviço serão desenvolvidas pela enfermeira juntamente com o diretor da unidade a fim de garantir os insumos necessários para o bom desempenho de cada ação. As ações pertencentes ao grupo de engajamento público serão executadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e as ações do grupo qualificação da prática clínica serão desempenhadas pelo médico e pela enfermeira. Todas as ações serão desenvolvidas no contexto da unidade de saúde e no bairro em que se encontra a população da área de abrangência, aproveitaremos os espaços disponíveis na comunidade para o desenvolvimento das atividades como escolas, igrejas, creches, entre outras.

O acolhimento dos idosos que buscarem o serviço será realizado pela técnica de enfermagem e os que tiverem em atraso com as consultas ou em atraso com a realização dos exames laboratoriais serão atendidas no mesmo turno para ampliar a cobertura de atendimento as pessoas deste grupo populacional. Os idosos com problemas agudos serão atendidos no mesmo turno para agilizar o tratamento e se necessitarem serão encaminhados para o especialista. O idoso que vier a consulta deverá sair da unidade com a próxima consulta agendada.

Faremos contato com a associação de moradores e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância da avaliação e acompanhamento às pessoas idosas pela equipe de saúde. Solicitaremos o apoio da comunidade para conseguir uma maior motivação das pessoas idosas a participar de nosso projeto destacando assim a importância do acompanhamento e as consultas.

Para o monitoramento da ação programática semanalmente a enfermeira examinará a fichas-espelho dos idosos identificando qual deles apresentam atraso nas consultas, nos exames clínicos, nos exames laboratoriais ou vacinas.

Os ACS serão responsáveis pela busca ativa de todos os idosos em atraso e nesta busca agendarão uma consulta para a pessoa idosa. Ao final de cada semana as informações das fichas-espelho serão consolidadas na planilha eletrônica do curso e avaliadas ao final de cada mês pela equipe de trabalho.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

A intervenção foi um pouco difícil de ser realizada, pois foi a primeira vez que desenvolvi um trabalho desta envergadura em que houve a necessidade de envolver muitas pessoas para que as ações pudessem ser desenvolvidas. Cada uma delas foi muito importante para o bom desempenho das ações previstas no projeto. Esta forma de atuar pode ser comparada a uma enorme indústria composta por muitas máquinas e cada máquina formada por muitas peças e cada peça com sua competência e, se alguma deixar de funcionar poderá parar a produção da indústria.

Assim, no primeiro momento realizamos uma reunião com todos os integrantes da equipe para apresentar o projeto e esclarecer todas as dúvidas além de ouvir sugestões dos membros da equipe a fim de traçar estratégias de trabalho para o alcance das metas propostas. Neste momento de reunião também foi solicitado para que a equipe se mantivesse unida no enfrentamento de quaisquer dificuldades durante a intervenção para que estas pudessem ser enfrentadas de maneira positiva e revertê-las em crescimento positivo para o grupo.

Após a apresentação do projeto e esclarecimento de dúvidas, deu-se prosseguimento ao processo com a capacitação dos profissionais de saúde da Unidade Básica de Saúde (UBS) sobre o protocolo de envelhecimento utilizado pela equipe para a realização desta intervenção. Assim, foram capacitados todos os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para a realização do cadastramento de todos os idosos pertencentes à área de abrangência. Uma vez concluída esta etapa de preparação para o trabalho, estávamos prontos para iniciar a intervenção propriamente dita.

Assim, os ACS saíram para a comunidade e iniciaram o cadastramento dos idosos. Enquanto isso, na UBS, surgia as primeiras dificuldades. O diretor, principal gestor da intervenção, deixou a unidade e outro assumiu em seu lugar. Esta mudança dificultou um pouco o trabalho, pois levou um tempo para que o novo diretor conhecesse o trabalho desenvolvido na Unidade além da adaptação da equipe à nova direção e vice-versa.

O diretor que assumiu a Unidade pertencia a outra unidade de saúde que estava em reforma e ao acabar a reforma daquela unidade ele retornaria para a mesma e, assim ficaríamos sem gestor novamente. Mas, enquanto ele permaneceu em nossa unidade se comprometeu em dar o seu apoio para a realização das ações de intervenção.

Ao mesmo tempo ficamos apenas com uma equipe de saúde, pois uma enfermeira e uma médica foram transferidas para outra unidade. Assim, a equipe que permaneceu assumiu todo o trabalho da equipe que fora transferida aumentando o número de usuários para serem atendidos, diminuindo, conseqüentemente, o tempo para as ações previstas para serem desenvolvidas com a população idosa, mas não deixamos de realizá-las.

Para um bom desempenho da intervenção e para evitar que os usuários faltassem às consultas foram tomadas algumas estratégias. Primeiramente, os usuários eram visitados e cadastrados em uma semana e, neste momento eram agendadas as consultas para a avaliação clínica para a semana seguinte. A unidade destinou dois dias por semana para a realização desta consultas no intuito de recuperar as consultas dos usuários que faltaram no primeiro dia. Assim, não houve usuários faltosos às consultas, pois os que faltavam no primeiro dia eram recuperados para a consulta no segundo dia da mesma semana.

Para os usuários que apresentavam doenças crônicas não transmissíveis como Hipertensão e Diabetes, os medicamentos foram disponibilizados pela farmácia da unidade e os medicamentos não disponíveis na unidade eram providos pela farmácia popular. Este processo foi verificado de uma forma continua, pois os usuários que eram encaminhados para a farmácia popular para pegar seus medicamentos eram monitorados mediante o cadastro realizado pela farmácia com registro no prontuário de cada usuário.

Realizamos um encontro com a população idosa para tomarem conhecimento do trabalho que seria desenvolvido bem como com as lideranças comunitárias para apresentar o projeto de intervenção solicitando o engajamento por parte de todos para o desenvolvimento das ações, especialmente na divulgação do projeto e disponibilização de espaços físicos na comunidade para a realização das atividades para a comunidade.

Ações como encontros de grupo de idosos na UBS e na comunidade sob a temática “orientação nutricional para hábitos saudáveis e prática de atividades físicas regulares” não foram realizados por questões burocráticas nas últimas duas semanas de intervenção, pois não houve envio do documento para a Secretaria de Saúde para autorizar a realização do encontro.

Assim, reunimo-nos com os integrantes da equipe para planejar novas estratégias ficando estabelecido que o encontro fosse realizado na UBS, mas conseguimos um espaço na Vila Olímpica que é um complexo esportivo situado dentro da comunidade onde é desenvolvido o programa “cabelo de prata” para as pessoas com mais de 60 anos pertencentes à nossa área de abrangência.

Neste encontro foram realizados testes rápidos para diferentes patologias como Hepatite B e C, hemoglicoteste e verificação da pressão arterial. Foram também disponibilizadas aos idosos informações adquiridas durante as capacitações realizadas na unidade bem como atendimento clínico para os idosos. O desenvolvimento de todas estas ações em um mesmo espaço foi muito bem acolhido pelos usuários, pois tiveram a oportunidade de ter vários serviços disponibilizados ao mesmo tempo sem necessidade de se locomoverem até a unidade de saúde para receber esses serviços.

Mesmo com as dificuldades anteriormente mencionadas conseguimos oferecer o atendimento clínico a um bom número de idosos além de desenvolver ações que estavam previstas no cronograma e necessárias para o preenchimento da ficha-espelho de cada idoso pertencente à nossa Unidade de Saúde.

Durante o período da intervenção houve uma boa aceitação das ações por parte da população idosa e do restante dos grupos populacionais, uma vez que perceberam que o trabalho realizado pela equipe causou mudanças na sua vida e na de suas famílias, pois já conseguiram alterar para melhor o modo e estilo de vida e que as doenças que atingem este grupo de uma forma mais severa agora

podem ser prevenidas ou amenizados os seus efeitos possibilitando uma melhoria na qualidade de vida desta parcela da população.

A equipe encontra-se motivada e animada com os resultados alcançados com a intervenção, pois já verificamos as mudanças na rotina de trabalho pela realização de um trabalho organizado bem como a melhoria da qualidade de vida da população idosa.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Apesar de dificuldades como a troca de diretor da Unidade, conseguimos realizar todas as atividades planejadas.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

A ficha-espelho e a planilha eletrônica disponibilizadas pelo curso são de fácil preenchimento. Não houve dificuldades relacionadas quanto a isso.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Ao concluirmos a intervenção há a possibilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço, mas para isso faz-se necessário uma reforma da unidade, pois a mesma conta com pouco espaço para o desenvolvimento de atividades que foram planejadas. Nestes quatro meses de intervenção sentimos dificuldades para a realização das atividades devido a isso.

Além da incorporação destas ações à rotina da unidade também há a possibilidade de serem estendidas a outros grupos populacionais. Também deverão acontecer melhorias quanto às dificuldades apresentadas por parte do laboratório, pois os exames solicitados aos usuários participantes da intervenção demoraram muito para serem realizados, mas a equipe já ciente deste problema tomou providências para que os exames fossem realizados em dia. Para isso, foram utilizadas estratégias como a solicitação dos exames com antecedência para que quando fosse realizada a avaliação clínica do usuário, por meio da consulta, os resultados dos mesmos já estivessem disponíveis ofertando, assim ao usuário uma atenção integral.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Durante os meses de fevereiro a junho de 2015 foi desenvolvido o projeto de intervenção na unidade de saúde Senador Hélio Campos localizada no município de Boa Vista no estado de Roraima intitulado “melhoria na atenção à saúde do idoso”. Esta unidade conta com 289 pessoas maiores de 60 anos dos quais foram avaliados no período da intervenção um total de 247 representando 85,5% do total.

Para um bom desempenho do projeto foram traçadas metas que por ocasião da conclusão do projeto foram avaliadas mediante os indicadores destinados para cada meta. Apresentaremos a seguir a avaliação das metas e dos indicadores analisando se o projeto teve êxito e se foram alcançados os objetivos propostos.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do programa de saúde do idoso.

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 85%.

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

Tínhamos como meta ampliar para 85% a cobertura de atenção ao idoso pertencente à área de abrangência da unidade de saúde. Conforme a **figura 1** verificamos que a distribuição do indicador de cobertura durante os quatro meses de intervenção apresenta no primeiro mês o acompanhamento e avaliação de um total de 115 idosos perfazendo 39,8% pelo que não conseguimos atingir a meta proposta para esse mês que era de 65%, no segundo mês já tivemos uma melhoria, mas não conseguimos atingir os resultados planejados, pois chegamos

a 73,4%, com a realização de 97 novos atendimentos totalizando 212 idosos atendidos em dois meses. Já no terceiro mês foram realizados 29 novas avaliações/atendimentos obtendo assim um total de 241 idosos que representam 83,4%, ficando 1,6% abaixo do planejado, mas ainda tínhamos o quarto mês onde foram atendidos 6 idosos novos os quais somados àqueles que já formavam parte do projeto totalizou 247 idosos atendidos durante o período que foi desenvolvido o projeto e com isso atingimos 85,5% para cumprimento desta primeira meta.

As principais dificuldades que apresentamos durante este período foram a inexperiência dos profissionais com respeito a este tipo de trabalho e as dificuldades administrativas, mas estas dificuldades foram corrigidas durante a intervenção e alcançamos o resultado desejado para a meta.

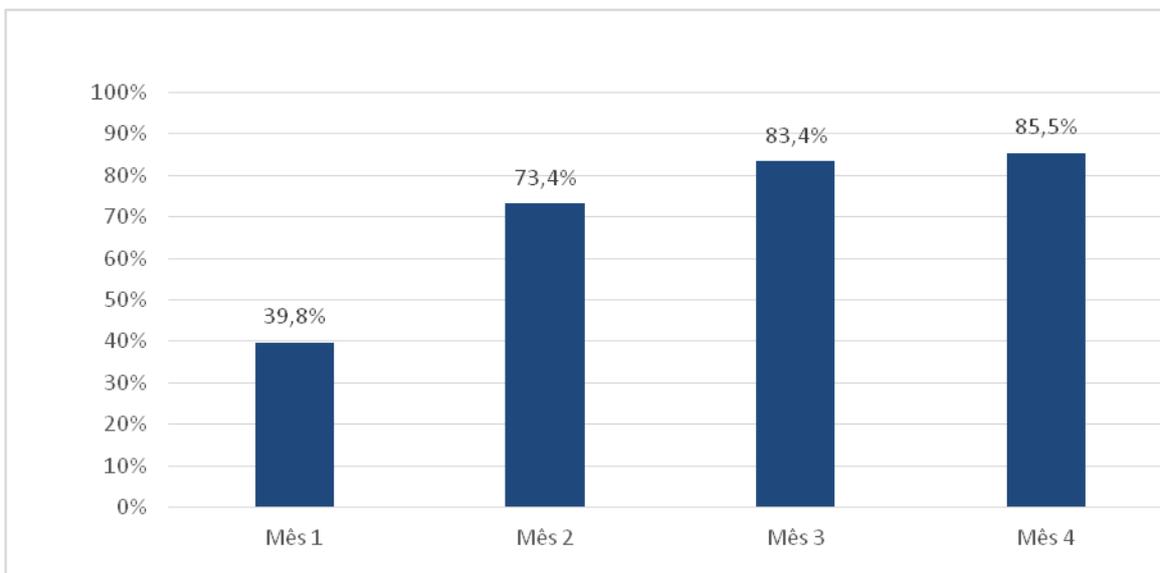


Figura 1: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na UBS Senador Hélio Campos, Boa Vista/RR, 2015.

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

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

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

O segundo objetivo da intervenção era melhorar a qualidade da atenção ao idoso. Para isso foram traçadas várias metas com indicadores para poder avaliar as mesmas. Nossa primeira meta foi a avaliação multidimensional rápida de 100% dos idosos. Como podemos observar, na **figura 2**, no primeiro mês de 115 idosos cadastrados no projeto tiveram avaliação multidimensional 115 totalizando 100% de idosos avaliados, no segundo mês foram avaliados 97 casos novos que somados aos outros 115 idosos que já estavam cadastrados no programa alcançamos 212 idosos garantindo 100% de avaliação no segundo mês, no terceiro mês foram avaliados um total de 14 idosos novos que junto aos 212 do segundo mês somaram 226 de 241 idosos perfazendo 93,8%, já no quarto mês avaliamos 21 idosos completando os 247 idosos avaliados durante o período da intervenção obtendo 100% de idosos avaliados.

Observando a figura 2 vemos que foram avaliados 100% (247) dos idosos cadastrados no programa durante a intervenção. Mesmo que não conseguimos atingir a todos os idosos (289) pertencentes à área de abrangência considero que é um resultado excelente, pois foi obtido somente em quatro meses e como o projeto já se encontra inserido na rotina da unidade esperamos que sejam avaliados 100% dos idosos nos próximos meses.

A principal dificuldade que enfrentamos como equipe para concretização desta meta foi o fato que durante o terceiro mês da intervenção o médico especializando entrou em férias e apesar da equipe ter dado continuidade às ações não foi possível alcançar 100% dos idosos no período, alcançando 93,8% dos idosos.

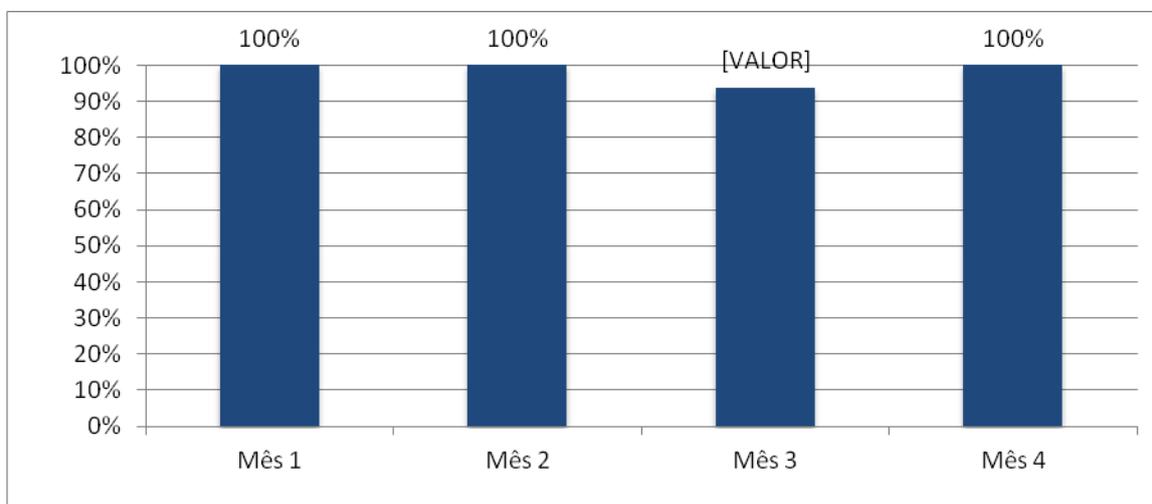


Figura 2: Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia na UBS Senador Hélio Campos, Boa Vista/RR, 2015.

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

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

Em cada consulta realizada aos idosos os mesmos eram examinados clinicamente e isso está bem detalhado na **figura 3** em que podemos observar que no primeiro mês foi realizado exame clínico apropriado em dia a 115 idosos totalizando 100% de idosos examinados clinicamente, no segundo mês receberam atendimento clínico 97 casos novos que somados aos do primeiro mês temos 212 idosos mantendo 100% de idosos acompanhados examinados clinicamente, já no terceiro mês diminuiu a quantidade de idosos examinados clinicamente, pois foram somente 14 casos novos completando assim 226 idosos perfazendo 93,8% de idosos examinados neste período, no quarto mês foram examinados clinicamente 21 casos novos somando 247 idosos examinados representando 100% de idosos examinados clinicamente durante a intervenção.

Como podemos apreciar no terceiro mês houve uma diminuição nos idosos examinados clinicamente. Isso foi devido ao período de férias do especializando associado ao fato da outra equipe da unidade estar sem o profissional médico resultando no não cumprimento da meta em sua totalidade.

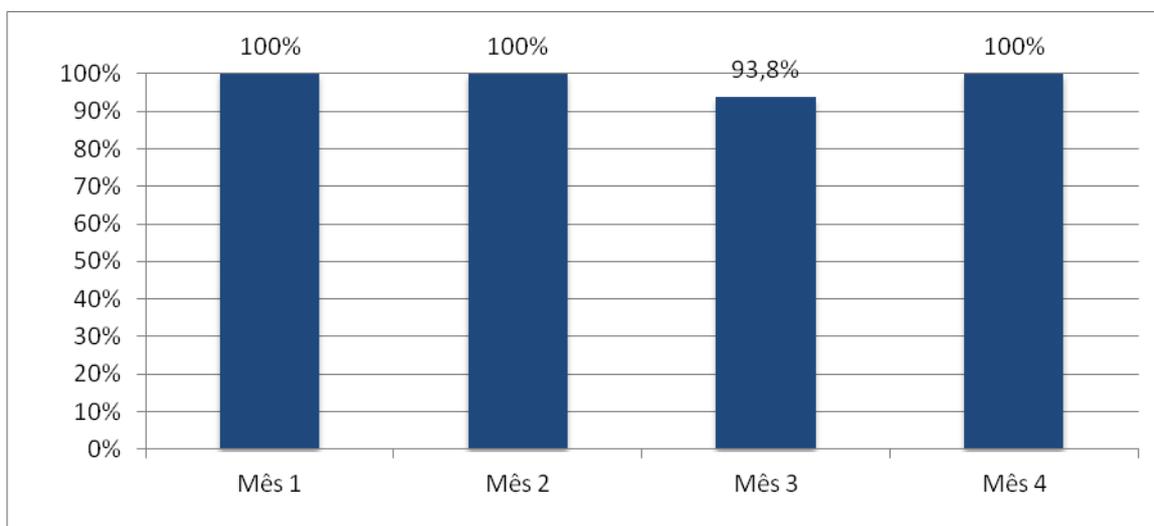


Figura 3: Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia na UBS Senador Hélio Campos, Boa Vista/RR, 2015.

Meta 2.3: Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos usuários idosos com hipertensão e/ou diabetes.

Indicador 2.3: Proporção de usuários idosos com hipertensão e/ou diabetes com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Enquanto à meta da solicitação de exames complementares periódicos destacamos que durante cada mês da intervenção foram solicitados os exames a 100% dos idosos cadastrados no programa distribuído da seguinte forma: no primeiro mês foram solicitados os exames para 58 idosos representando 100% dos acompanhados para esse mês, no segundo mês foram solicitados os exames para 40 idosos que eram casos novos e somado àqueles que já estavam cadastrados no projeto totalizamos 98 idosos mantendo 100%, já no terceiro mês foram solicitados exames para 17 casos novos e atingimos um total de 115 idosos com solicitação de exames complementares em dia representando 100% para esta etapa do projeto, no percurso do quarto mês foram solicitados exames para um total de 2 idosos novos e alcançamos 117 usuários idosos com hipertensão e/ou diabetes que estavam cadastrados no projeto com solicitação de exames complementares em dia representando 100% de idosos com exames em dia.

Durante esse período não houve nenhuma dificuldade impedindo a solicitação dos exames aos idosos porque os mesmos podem ser solicitados pela enfermeira que foi a responsável por essa tarefa.

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

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

Mediante o desempenho do projeto conseguimos identificar quais eram os idosos que precisavam de prescrição de medicamentos e, principalmente, aqueles que utilizam medicamentos de uso contínuo, os quais foram priorizados para atendimento na farmácia popular. Na **figura 4** podemos observar como ficou

distribuída esta meta em cada mês. No primeiro mês, foram prescritos medicamentos da Farmácia popular priorizada para um total de 58 idosos de 115 que foram cadastrados representando 50,4%, já no segundo mês foram cadastrados 97 casos novos no projeto dos quais a 40 foram priorizada prescrição de medicamentos da Farmácia popular, somando os que já estavam cadastrados com prioridade de medicamentos tínhamos um total de 98 idosos do total de 212 representando 46,2%, ao fim do terceiro mês foram incorporados ao projeto 29 casos novos dos quais 17 foram priorizados para retirada de medicamentos na farmácia popular. Estes casos novos somados àqueles já existentes no projeto totalizaram 115 idosos representando 47,7% do total de 241 idosos, já no quarto mês foram cadastrados no projeto um total de 6 idosos dos quais 2 tinham prioridade de medicamentos somando 117 idosos do total de 247 representando 47,4% do total. Nesta etapa não tivemos nenhuma dificuldade impedindo o desempenho do trabalho, mas contamos com apoio de todos os integrantes da equipe bem como do diretor da unidade e dos profissionais da farmácia popular. Nesta meta não foi atingido o 100% em nenhum mês pois nem todos os idosos precisam de prescrição de medicamentos.

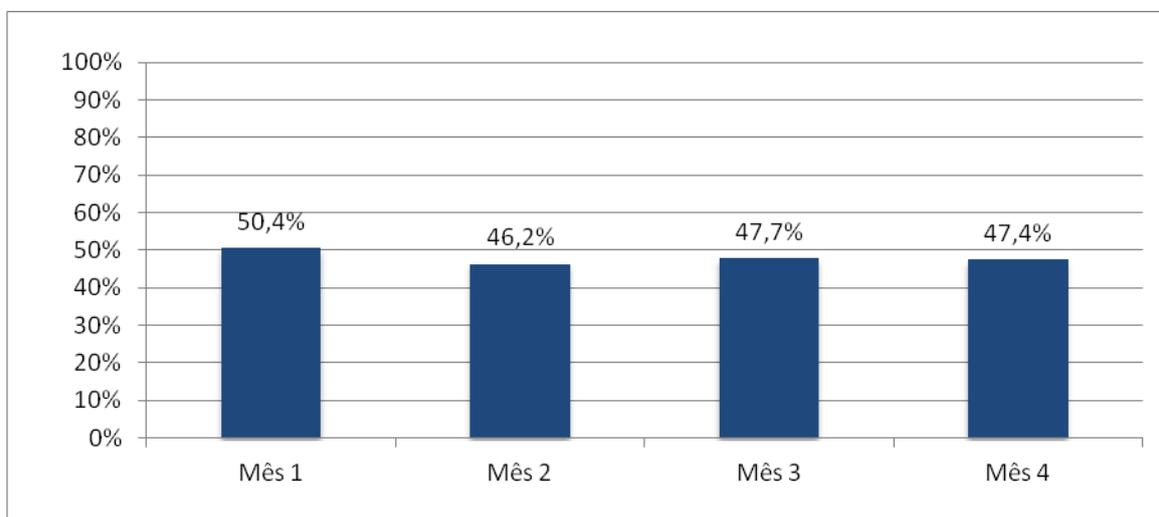


Figura 4: Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada na UBS Senador Hélio Campos, Boa Vista/RR, 2015.

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

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

Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção foi uma das metas traçadas no projeto. Na **figura 5** podemos observar como foi que ficou distribuído esse indicador nos quatro meses que durou o projeto, no primeiro mês foram cadastrados 12 idosos totalizando 100%, no segundo mês foram cadastrados 7 novos casos que somados aos já existentes totalizamos 19 idosos cadastrados perfazendo 100%, já no terceiro mês cadastramos somente um idoso totalizando 20 idosos acamados ou com problema de locomoção representando 100% e no último mês não houve acréscimos a este percentual. Assim concluímos com 100% de idosos acamados ou com problema de locomoção cadastrados.

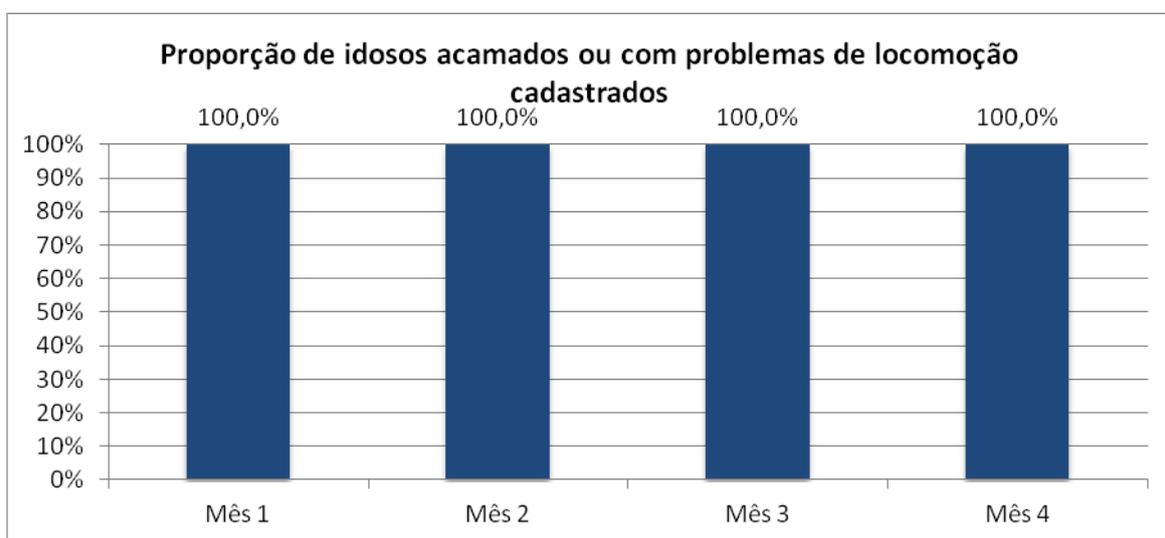


Figura 5: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados e acompanhados com visita domiciliar na UBS Senador Hélio Campos, Boa Vista/RR, 2015.

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

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

Como foi analisado na **figura 5** um total de 100% de idosos acamados ou com problema de locomoção foram acompanhados durante a intervenção. No primeiro mês foram visitados 12 idosos acamados ou com problemas de locomoção que receberam visita domiciliar e que foram cadastrados totalizando 100% de realização de visitas, no segundo mês já foram 7 casos novos que foram visitados mantendo 100% de visitas, no terceiro mês somente foi cadastrado um

idoso e este também foi visitado mantendo 100%, no quarto mês nenhum idoso foi acrescentado à planilha. Ao final realizamos visitas a um total de 20 idosos acamados ou com problemas de locomoção totalizando 100% de visitas.

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

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

A meta de rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) foi cumprida muito bem, pois em cada consulta foi aferida a pressão arterial de cada idoso mesmo este sendo hipertenso ou não. No primeiro mês que foram rastreados 115 idosos totalizando 100%, já no segundo mês foram rastreados 97 casos novos que somados aos já existentes somaram 212 idosos cadastrados e rastreados representando 100%, no terceiro mês diminuiu a quantidade de casos novos, porém foram rastreados 29 idosos que somados aos 212 já existentes no projeto totalizou 241 representando também 100% de idosos rastreados no terceiro mês e no quarto mês foram cadastrados e rastreados 6 casos novos somando 247 idosos mantendo 100% de idosos cadastrados e rastreados no período.

Durante este período a maior dificuldade que enfrentamos foi o déficit de esfigmomanômetro, pois alguns estavam estragados, mas o diretor da unidade se empenhou para conseguir os mesmos e conseguimos manter a aferição da pressão arterial.

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

Indicador 2.8: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

Na **figura 6** podemos observar como foi realizado o rastreamento dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM). No primeiro mês ficou evidenciado que foram cadastrados 58 idosos com pressão arterial maior

que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão dos quais os 58 foram rastreados representando 100%, no segundo mês foram cadastrados 36 casos novos totalizando 86 representando 100%, no terceiro mês foram cadastrados 17 casos novos dos quais foram rastreados 10 que somados aos 86 acompanhados totalizamos 96 idosos rastreados do total de 103 que estavam cadastrados representando 93,2%, no quarto mês foram cadastrados 2 idosos que foram rastreados junto àqueles do terceiro mês obtendo um total de 105 idosos cadastrados e rastreados mantendo 100% de idosos rastreados.

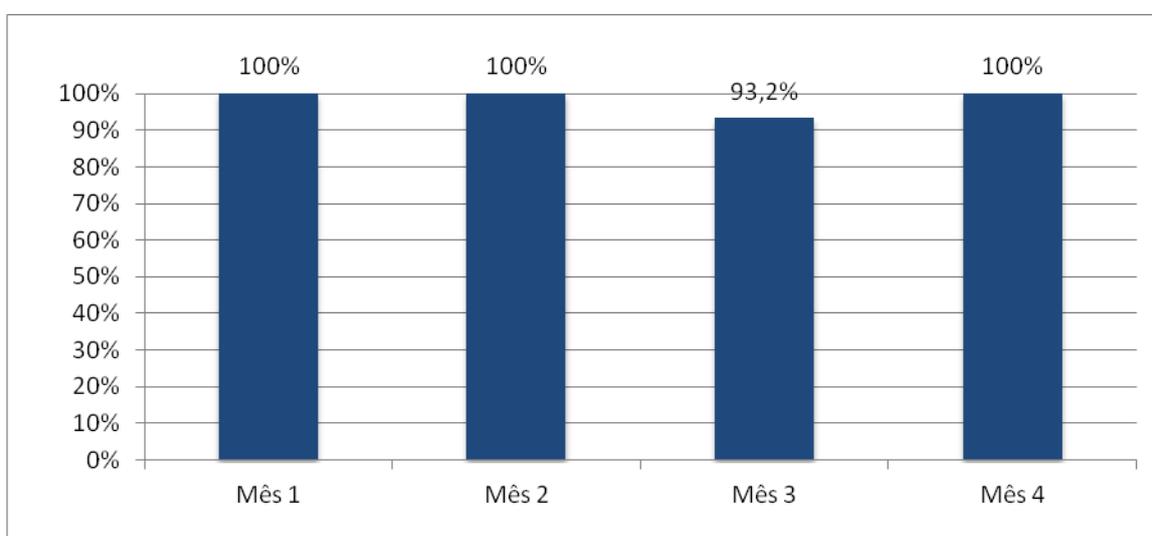


Figura 6: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes na UBS Senador Hélio Campos, Boa Vista/RR, 2015.

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

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

Todos os usuários que foram cadastrados no projeto receberam avaliação da necessidade de atendimento odontológico e isso está descrito nos resultados apresentados na **figura 7** em que podemos observar que no primeiro mês foram cadastrados 115 idosos dos quais 100% foram avaliados, no segundo mês foram cadastrados 97 casos novos que também foram avaliados na sua totalidade que somado aos já existentes totalizou 212 idosos perfazendo 100%, no terceiro mês

foram cadastrados 29 idosos dos quais foram avaliados 14 que somados aos 212 existentes totalizamos 226 idosos avaliados do total de 241 cadastrados perfazendo 93,8%, já no quarto mês foram cadastrados 6 casos novos que somados aos 15 casos que não tinham sido avaliados do terceiro mês somamos 21 casos avaliados no quarto mês alcançando 247 idosos cadastrados e avaliados representando 100%.

Neste período a maior dificuldade enfrentada pela equipe foi minha ausência durante o terceiro mês do projeto, pois estava de férias no meu país e isso é visível nos resultados obtidos ao longo do terceiro mês.

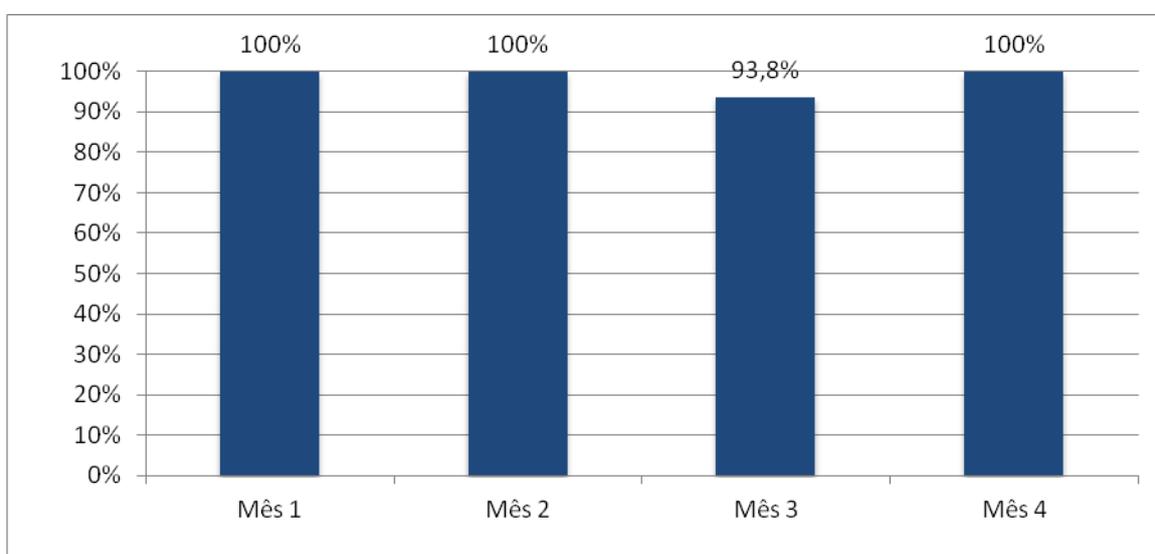


Figura 7: Proporção de idosos hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Senador Hélio Campos, Boa Vista/RR, 2015.

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

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

A unidade em que trabalho não possui serviço de odontologia, por isso durante o período da intervenção nenhum idoso teve realizada a primeira consulta odontológica programada na unidade. Mesmo sem serviços odontológicos na unidade os idosos com necessidade de atendimento dessa especialidade foram referenciados para outra unidade em que o serviço é disponível para receberem o atendimento e acompanhamento, quando necessário, mas não recebemos respostas se foi realizada a consulta ou não pois os usuários não voltaram com a

contrarreferencia. Assim, não apresentaremos a figura com a proporção de idosos com a primeira consulta odontológica programática na UBS Senador Hélio Campos, Boa Vista/RR.

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

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

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

Durante o período da intervenção houve idosos que faltaram à consulta programada. Entretanto, a forma de organização do atendimento aos idosos durante a semana possibilitava a oportunidade do idoso comparecer no segundo dia de atendimento destinado aos mesmos. Assim, o ACS verificava no primeiro dia de consulta os que não haviam comparecido e realizava uma visita no mesmo dia lembrando-o de comparecer no dia seguinte à unidade de saúde para sua avaliação. Assim, ao preenchermos a planilha de coleta de dados não contabilizamos esse episódio como falta. Todo este trabalho foi bem desempenhado devido ao esforço de cada um dos integrantes da equipe. Assim, não apresentaremos a figura com a proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa na UBS Senador Hélio Campos, Boa Vista/RR.

Objetivo 4– Melhorar o registro das informações.

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

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

A proporção de idosos com registro na ficha-espelho em dia está representada nos resultados expostos na **figura 8** onde podemos observar que no primeiro mês 115 idosos tiveram seus registros na ficha-espelho mantidos em dia totalizando 100%, já no segundo mês foram 97 casos novos que somados aos já existentes totalizaram 212 idosos com registros em dia na ficha-espelho, no

terceiro mês foram cadastrados 29 casos novos dos quais 14 tiveram seus registros realizados em dia na ficha-espelho perfazendo 226 de 241 idosos com registro na ficha-espelho em dia representando 93,8%, no quarto mês foram 21 fichas-espelho novas que é o resultado da soma dos 6 casos novos pertencentes a esse mês e os 15 casos que faltaram do terceiro mês obtendo um total de 247 idosos cadastrados e com fichas-espelho em dia.

Para o desenvolvimento desta meta apresentamos como dificuldade o déficit de material para trabalhar, pois a impressora e a tinta utilizada pela mesma para realizar a impressão estava em falta. Este problema foi também solucionado pelo diretor da unidade em conjunto com a administração da secretaria de saúde do município.

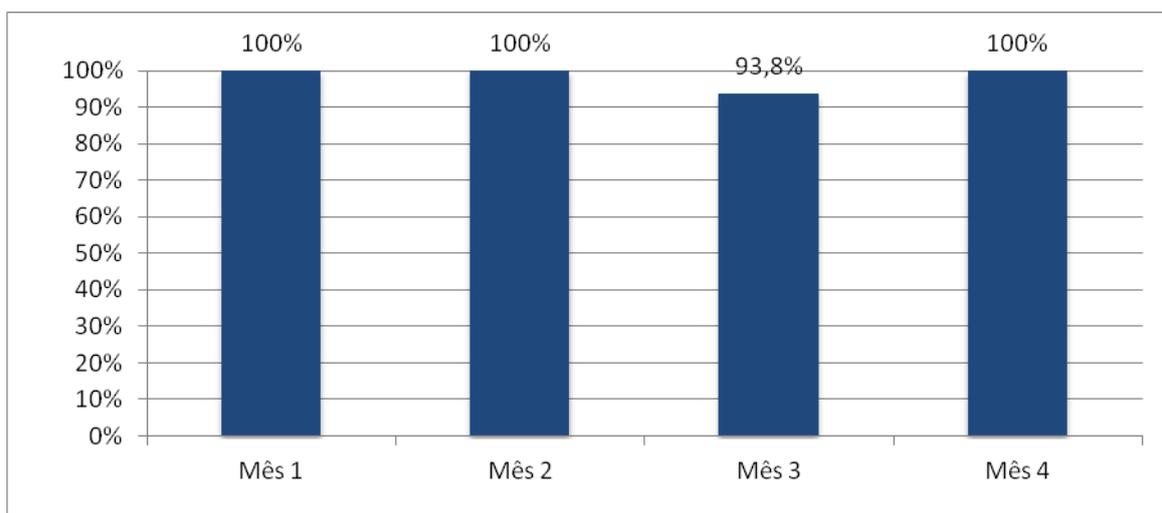


Figura 8: Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia na UBS Senador Hélio Campos, Boa Vista/RR, 2015.

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

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

No percurso do projeto, 100% dos idosos cadastrados por mês ficaram com a caderneta de saúde. Muitos idosos já a tinham e os que ainda não a tinham a recebiam no momento da consulta. No primeiro mês 100% (115) dos idosos possuíam a caderneta, no segundo mês um total de 97 casos novos também

receberam a caderneta que somados aos do mês anterior perfaz 212 idosos com caderneta representando 100%, no terceiro mês foram atendidos 29 casos novos que somados aos 212 já existentes totalizaram 241 idosos com caderneta mantendo 100%, já no quarto mês mais 6 idosos foram cadastrados no projeto e receberam a caderneta. Assim, totalizamos 247 idosos com caderneta de saúde da pessoa idosa mantendo a meta de 100% entre os idosos acompanhados.

Com o apoio da administração da unidade e da secretaria de saúde, fornecedora das cadernetas, foi possível a realização deste trabalho para que todos os idosos cadastrados no programa recebessem a caderneta de saúde da pessoa idosa.

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

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

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

Como parte do mapeamento dos idosos com avaliação de risco pertencente à área de abrangência realizamos um rastreamento de morbimortalidade entre os idosos cadastrados no programa. Na **figura 9** podemos ver os resultados deste rastreamento. No primeiro mês foram cadastrados e rastreados 115 idosos representando 100%, no segundo mês foram rastreados 97 casos novos que somados aos já existentes totalizaram 212 idosos rastreados mantendo 100%, no terceiro mês foram cadastrados 29 idosos dos quais foram rastreados 14 completando o rastreamento de 226 de 241 idosos cadastrados representando 93,8%, no quarto mês foram cadastrados 6 casos novos que somados aos 15 casos que faltaram para rastrear do terceiro mês somamos 21 casos completando 247 casos cadastrados e rastreados representando 100% de idosos rastreados para risco de morbimortalidade.

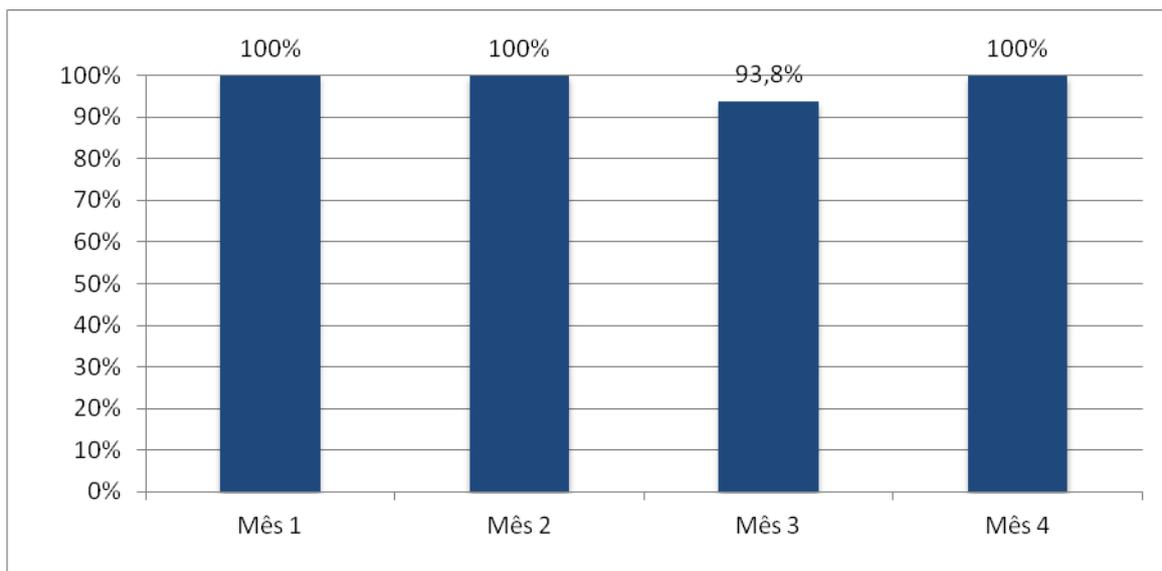


Figura 9: Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia na UBS Senador Hélio Campos, Boa Vista/RR, 2015.

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

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

Os idosos apresentam fragilidade por diferentes motivos pelos quais o projeto realizou uma avaliação das mesmas e estas encontram-se refletidas por mês na **figura 10**. No primeiro mês, podemos observar que foram cadastrados e avaliados 115 idosos totalizando 100%, no segundo mês foram cadastrados e avaliados 97 casos novos que somados aos existentes totalizaram 212 idosos avaliados mantendo 100%, no terceiro mês foram cadastrados 29 idosos dos quais foram avaliados 14 completando 226 de 241 idosos avaliados e cadastrados representando 93,8%, já no quarto mês foram cadastrados 6 casos novos que foram avaliados junto aos que faltavam do mês anterior para obter uma avaliação total de 247 idosos representando 100% do total.

O maior problema apresentado no período foi o fato de que o médico especializado ausentou-se no terceiro mês da intervenção por causa de férias e por isso neste mês houve uma diminuição no número de idosos avaliados.

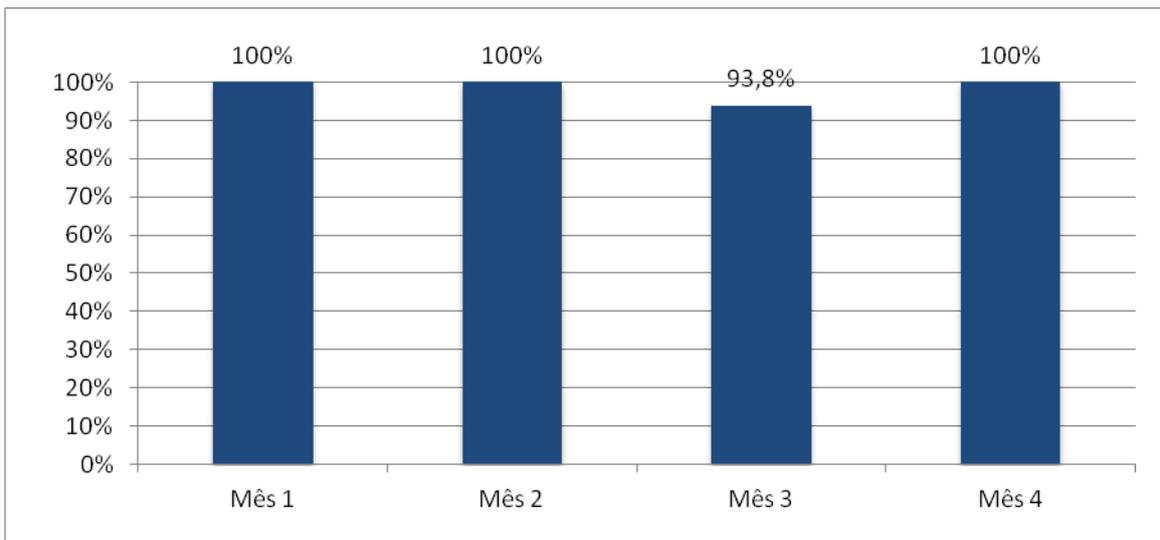


Figura 10: Proporção de idosos com avaliação de risco para fragilização na velhice em dia na UBS Senador Hélio Campos, Boa Vista/RR, 2015.

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

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

Na **figura 11** podemos observar como ficou distribuída a proporção de idosos com avaliação de redes sociais em dia em cada mês. No primeiro mês foram cadastrados 115 idosos dos quais foram avaliados 100%, no segundo mês foram avaliados mais 97 casos novos obtendo 212 idosos avaliados mantendo 100%, já no terceiro mês foram cadastrados 29 casos novos e somente foram avaliados 14, alcançando 226 de 241 idosos avaliados e cadastrados, representando 93,8% de idosos avaliados, no quarto mês tivemos a tarefa de avaliar os casos novos desse mês que foram 6 e os que ficaram sem avaliação do mês anterior e assim avaliamos um total de 21 idosos nesse mês completando 247 idosos com avaliação de redes sociais em dia.

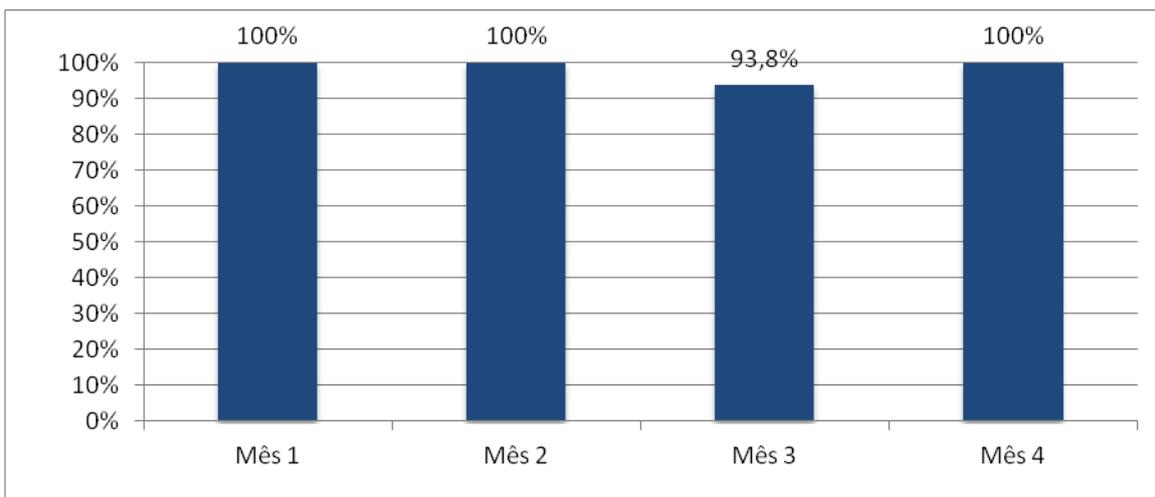


Figura 11: Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia na UBS Senador Hélio Campos, Boa Vista/RR, 2015.

Objetivo 6 – Promover a saúde dos idosos

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

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

Para a promoção da saúde aos idosos traçamos várias estratégias como orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas. No primeiro mês foram cadastrados e receberam orientação nutricional um total de 115 idosos representando 100%, no segundo mês foram orientados 97 casos novos que junto aos já existentes somaram 212 idosos orientados mantendo 100%, no terceiro mês foram mais 29 casos novos totalizando 241 casos cadastrados e orientados no período o que representa 100%, no quarto mês cadastramos e orientamos somente 6 casos novos completando 247 idosos cadastrados e com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis representando 100% da meta cumprida

Esta orientação foi realizada por todos os integrantes da equipe, pois todos foram capacitados para desempenhar esta atividade de orientação aos idosos e por isso alcançamos esses resultados em cada mês.

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

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

Durante o período que foi desenvolvida a intervenção os idosos receberam vários tipos de orientações entre as quais orientação para a prática regular de atividade física que foi realizada a 100%. No primeiro mês foram orientados 115 idosos representando 100%, no segundo mês foram orientados 97 casos novos totalizando 212 idosos orientados e cadastrados representando 100% do total acompanhado no período, já no terceiro mês os casos novos foram 29 que também receberam orientação e assim já tínhamos cadastrados e orientados 241 idosos mantendo 100%, no quarto mês conseguimos orientar 6 casos novos que completaram os 247 idosos cadastrados e com orientação sobre prática regular de atividade física representando 100%.

Para realizar as atividades práticas precisávamos de locais adequados bem como para a realização de palestras educativas e, esses locais, foram disponibilizados na comunidade pelas lideranças comunitárias.

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

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

Durante a intervenção, a proporção de idosos que recebeu orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia na UBS Senador Hélio Campos, de Boa Vista/RR foi de 100% mesmo sem o serviço de odontologia na unidade. O gráfico gerado para esta meta ficou zerado porque o mesmo tem como seu denominador o número de idosos que realizaram a primeira consulta odontológica na unidade ou fora desta, mas não tivemos resultados positivos nesta meta pois os idosos que foram encaminhados para outras unidades para realizar a primeira consulta odontológica, nunca voltaram com a contrarreferência, por isso, este indicador foi cumprido apenas com orientações sobre higiene bucal fornecidas pela equipe capacitada para tal. Assim, deixamos de apresentar este gráfico.

4.2 Discussão

Com a realização desta intervenção foram muitas as experiências vividas tanto para mim pessoalmente como para a equipe. Para a equipe foi importante, pois foram realizadas várias atividades que possibilitou o aumento da capacidade de enfrentamento das dificuldades, pois foram muitas as enfrentadas durante a intervenção e que foram solucionadas com a colaboração de cada um dos integrantes da equipe.

Também aprenderam a trabalhar com mais unidade, pois perceberam que quando trabalhamos unidos podemos vencer todas as dificuldades. Uma das coisas mais importantes que aconteceu com a equipe foi que cada um dos membros desta está preparado para a realização do atendimento aos idosos e aos demais grupos populacionais assim como sabem o que fazer em um determinado momento diante uma dada situação.

Este período possibilitou algumas mudanças na unidade e uma delas foi quanto a qualidade do serviço prestado pela mesma, que tornou-se mais organizado a medida que íamos implementando nosso projeto, pois a organização dada para o projeto foi também implementada para a unidade toda o que facilitou o desempenho do trabalho na unidade.

Por outro lado, este projeto trouxe benefícios também para a população em geral, pois mudou a vida de muitas pessoas. Quando digo muitas pessoas me refiro as que participaram do projeto de forma ativa e aqueles que por um motivo ou outro não participaram tão ativamente. Um exemplo foram aqueles idosos que participaram de forma ativa, no total de 247, entre os quais existiam hipertensos, diabéticos, acamados e os que apresentavam outras doenças crônicas não transmissíveis e aprenderam a conviver com elas, pois mediante os grupos de idosos e as outras atividades desenvolvidas pela equipe, eles aprenderam que, realizando o tratamento higiênico dietético e medicamentoso da forma adequada podiam mudar seu modo e estilo de vida e que estas mudanças eram responsáveis pelas melhorias em suas vidas e também para suas famílias.

Outra melhoria alcançada com o projeto para melhoria da qualidade de vida dos idosos foi para aqueles que precisavam de medicamentos para o tratamento de sua doença. Estes foram cadastrados na farmácia popular para

garantia do fornecimento dos medicamentos necessários para o mês de tratamento. Os outros grupos populacionais não pertencentes ao grupo alvo do projeto também receberam orientação sobre a forma como deveriam se relacionar com os idosos para melhorar suas condições de vida. Todas estas melhorias que aconteceram de forma isolada em algum momento, agora servem de experiência e estão sendo usadas pelas pessoas na comunidade.

De acordo com os resultados obtidos na intervenção, se eu fosse realizar a mesma neste momento eu faria da mesma forma, sem modificar nada, pois acredito que os resultados obtidos foram ótimos, a única coisa que deveria ser modificada é o tempo disponibilizado para a realização da mesma assim os resultados poderiam ter sido melhores. Desde o começo da intervenção eu vinha realizando uma avaliação da incorporação da mesma a rotina do serviço na unidade e cheguei à conclusão de que foi excelente, pois parecia que na unidade não estava sendo desenvolvida nenhuma intervenção, pois desde o primeiro dia da intervenção esta passou a fazer parte da rotina diária da unidade.

Acredito que nesta intervenção a parte que deve ser melhorada é o atendimento odontológico para os usuários, pois não foi o recomendado. A unidade não conta com esse serviço, mas mesmo assim os idosos receberam orientações sobre higiene bucal. Para poder melhorar a situação do atendimento odontológico a unidade pretende fazer parceria com outras unidades que possuem este serviço, para que seja realizado o atendimento aos usuários que necessitarem do mesmo, mas de uma forma adequada com monitoramento destas consultas pela equipe.

Devido aos resultados obtidos durante o tempo de desempenho da intervenção a outra equipe que está na unidade tomou como modelo a estrutura da mesma para ser implementada no desempenho de outra intervenção que vai ser realizada pela equipe com o grupo de usuários portadores de hipertensão e/ou diabetes. Já outras unidades básicas de saúde estão se espelhando nesta intervenção para a utilizarem como modelo para um bom desempenho dos serviços que são prestados nestas unidades. Também estão analisando as estratégias tomadas na realização desta intervenção para que servirem de exemplo para que sejam implantados em outras unidades.

5Relatório da intervenção para gestores

Prezado gestor municipal.

Durante o desempenho da intervenção focada na melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa idosa na UBS Senador Hélio Campos, Boa Vista/RR, entre os meses de fevereiro e junho de 2015 foram desenvolvidas muitas atividades, dentre as quais podemos destacar as capacitações oferecidas para a equipe de trabalho que ajudaram a melhorar a qualidade dos atendimentos, pois os membros da equipe ficaram mais preparados profissionalmente para prestar e desenvolver suas atividades diárias, trazendo um melhor acompanhamento aos usuários pertencentes à unidade garantindo satisfação à população, principalmente da população idosa, foco da presente intervenção. Também os profissionais da unidade encontram-se mais preparados para enfrentar quaisquer dificuldades ou imprevistos que possam vir a acontecer.

O êxito da intervenção não dependia somente da equipe de trabalho e do esforço feito pela mesma, mas dependia de fatores relacionados à gestão que foram determinantes para alcançar o objetivo proposto. Por meio da gestão foram providenciadas as cadernetas que precisávamos para que cada idoso pudesse ter a sua e, assim poder manter um acompanhamento e monitoramento adequado dos idosos cadastrados no programa. Também foi de responsabilidade da gestão garantir que as fichas-espelho utilizadas na intervenção fossem disponibilizadas na unidade em quantidade suficiente para poder registrar os dados de cada novo idoso cadastrado, o que aconteceu sem imprevistos.

Entretanto, lamentamos o entrave por parte da gestão quanto à burocracia necessária para a liberação de algumas atividades o que gerou certo atraso na realização de algumas atividades comunitárias quanto ao previsto. Por outro lado sabemos que existem dificuldades relacionadas à gestão, mas que não podem ser resolvidas em pouco tempo, como a falta de espaço físico dentro da unidade para a realização de consultas e outros procedimentos, que se fossem resolvidas aumentaria a qualidade do serviço.

Acredito que este é o fator mais determinante para a qualidade do atendimento em geral, pois as atividades educativas como as palestras

necessitam ser realizadas em locais fora da unidade pelo fato da mesma não contar com esse espaço. Além disso, julgo interessante um investimento maior por parte da gestão quanto às capacitações para a equipe abordando diferentes temas relacionados com a saúde da família envolvendo atenção aos demais grupos populacionais além dos idosos. Desta forma, a gestão ajudaria muito na qualificação dos serviços, pois contribuiria na ampliação da intervenção à saúde do idoso e na implementação de outras ações programáticas que devem ser desenvolvidas na unidade básica de saúde para garantir qualidade de vida à todos.

A falta de uma equipe odontológica na unidade é mais uma das causas fundamentais que inviabilizou o atendimento aos idosos conforme preconizado. Assim, aproveitamos este momento para solicitar uma atenção especial neste sentido, pois seria de extrema relevância poder contar com o atendimento odontológico na unidade para o atendimento à população adstrita uma vez que a unidade de saúde fica na periferia da cidade, o que dificulta o deslocamento dos usuários até outros pontos da cidade onde encontram-se as unidades que prestam esse serviço. Todas essas mudanças podem melhorar significativamente a qualidade da atenção de saúde na unidade básica de saúde Senador Hélio Campos do município de Boa Vista/RR.

Apresentamos a seguir um quadro demonstrativo do período anterior e após à intervenção para qualificar a atenção à saúde do idoso na unidade.

Indicadores	Antes da intervenção n=227	Após a intervenção n=289
Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.	0%	85,5% (247)
Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.	0%	100% (247)
Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia.	0%	100% (247)
Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.	0%	100% (117)
Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.	0%	47,4% (117)
Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.	0%	87,0% (20) n=23
Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.	0%	100% (20)
Proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta.	50,2% (124)	100% (247)
Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.	0%	100% (105)
Proporção de idosos com avaliação da necessidade de	21%(52)	100% (247)

atendimento odontológico.		
Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.	0%	0% (0)
Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa.	Não havia controle	Não houve faltosos*
Proporção de idosos com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia.	0%	100% (247)
Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.	91%(227)	100% (247)
Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.	91%(227)	100% (247)
Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia.	86%(213)	100% (247)
Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia.	0%	100% (247)
Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.	91%(227)	100% (247)
Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.	91%(227)	100% (247)
Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal.	21%(52)	100% (247)

Figura 12:quadro demonstrativo do antes e depois da intervenção realizada na Unidade de Saúde Senador Hélio Campos, Boa Vista/RR, 2015.

*As Agentes Comunitárias de Saúde verificavam no primeiro dia dos dois dias disponibilizados para consulta aos idosos os que não haviam comparecido naquele dia e realizava uma visita no mesmo dia lembrando-o de comparecer no dia seguinte à unidade de saúde para sua avaliação. Assim, não houve faltosos, mas foram realizadas buscas ativas.

Atenciosamente,

Equipe de Saúde da Unidade Senador Hélio Campos, Boa Vista/RR.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezada comunidade,

A Unidade de Saúde Senador Hélio Campos no município de Boa Vista/RR está situada na região periférica da cidade. Nesta realidade, vocês tinham pouco contato com os médicos, pois para serem atendidos tinham que se deslocar até o centro da cidade. Com a chegada dos profissionais do programa Mais Médicos todo esse panorama mudou, uma vez que foram preenchidas as vagas que existiam para os médicos nas unidades de saúde.

Sabemos que vocês ainda estão se acostumando com a ideia de ter um médico permanente dentro da unidade e por isso a intervenção realizada com os idosos teve muita importância, pois a comunidade foi a mais beneficiada, uma vez que todos os idosos foram atendidos dentro da mesma comunidade e aos acamados e/ou com dificuldades de locomoção receberam o atendimento em sua própria casa.

Além disso, com as atividades realizadas de caráter educativo não só os idosos foram beneficiados, mas as famílias de modo geral, pois nestas atividades foi incluída toda comunidade para assim alcançar melhorias no modo e estilo de vida da população alvo. O maior ganho alcançado com o desenvolvimento da ação programática direcionada aos idosos é que a mesma foi inserida de forma quase imperceptível à rotina da unidade, pois agora os idosos terão sempre este tipo de atendimento presente na unidade. O processo de inserção desta intervenção na rotina da unidade foi desenvolvido de uma forma paulatina a fim de que todos os envolvidos nela pudessem entender qual era o verdadeiro objetivo e como teria que ser realizada.

A comunidade desempenhou um papel muito importante na inserção desta intervenção à rotina da unidade, pois as lideranças comunitárias apoiaram muito o desenvolvimento das atividades que não tinham condições de serem realizadas dentro da unidade pela falta de espaço. Outra das ações realizadas pelas lideranças comunitárias foi a divulgação das atividades que estavam sendo desenvolvidas com as pessoas idosas na unidade e fora desta. Acredito que todas essas ações realizadas pela comunidade em apoio ao serviço garantiram um melhor atendimento à saúde dos usuários cadastrados no programa e por esse motivo penso que devem ser mantidas todas as ações para que prossigamos melhorando a atenção à saúde na unidade de forma geral a todos grupos populacionais e não somente aos idosos.

Assim, agradecemos todo o apoio recebido por parte da comunidade e colocamo-nos à disposição para quaisquer outros esclarecimentos acerca da intervenção realizada bem como para o planejamento para qualificação de outras ações programáticas fortalecendo assim o engajamento público.

Atenciosamente,

Equipe de Saúde da Unidade Senador Hélio Campos, Boa Vista/RR

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Quando comecei o curso de especialização em saúde da família tinha uma ideia de como seria, mas não tinha certeza absoluta, pois era a primeira vez que realizaria um curso a distância. Com o transcorrer do tempo e como trabalho diário comecei a gostar do método de ensino e da forma que eram apresentados as diferentes tarefas do curso.

Realmente, no começo minhas expectativas eram bem poucas, mas quanto mais foi avançando o curso fui sentindo-me envolvido no trabalho e as minhas expectativas foram aumentando paulatinamente. Esta especialização passou a ser parte da rotina de minha vida e dos demais membros da equipe, pois para poder realizar as tarefas postadas pelo curso era necessário ocupar mais tempo do que o solicitado pelo mesmo, tendo que realizar muitos trabalhos para o curso em horários noturnos além do já utilizado durante o dia.

Mesmo tendo utilizado parte de meu tempo de descanso para a realização das atividades requeridas pelo curso, foi de muita importância para mim, pois mediante os casos clínicos que tive que resolver, adquiri experiência quanto às doenças que tinha que tratar no dia a dia na unidade, pois estavam muito relacionadas.

Considero que as atividades que foram propostas e disponibilizadas pelo curso foram bem planejadas, pois com elas aprendi como funciona o Sistema Único de Saúde no Brasil e os protocolos de tratamentos utilizados para tratamentos das doenças específicas que são de alta incidência e que necessitam de acompanhamento por uma equipe de saúde. Agora ao final do curso tenho certeza de que foi de total ajuda não só para mim como também para todos os especializando que o realizaram.

Os aprendizados mais relevantes do curso sem “sombra” de dúvidas foram os TQCs realizados ao longo do mesmo, pois com eles foram testados os conhecimentos individuais de cada especializando, já que neles eram resumidos todos os aspectos que estavam sendo tratados em cada unidade do curso. Além disso, uma vez terminado o TQC eram postados os resultados do mesmo e isso permitia avaliar quais eram os itens que o especializando apresentava mais dificuldade. Uma vez que o especializando sabia onde havia cometido erros, necessitava fazer um estudo de prática clínica sobre aquele tema, o que permitia ao mesmo se aprofundar e estudar muito sobre o assunto e investigar sobre o tema permitindo a aquisição de mais conhecimentos acerca do tema em questão.

A troca de ideias entre os colegas especializando nos fóruns de saúde coletiva e de clínica foi também uma das questões importantes que influenciaram na aprendizagem além do apoio recebido por parte da orientadora que também foi determinante na questão de meu desempenho durante o curso, pois graças ao esforço e empenho da mesma consegui a realização de muitas atividades propostas pelo curso.

Com o trabalho desenvolvido na UBS durante o tempo em que foi realizada a intervenção perceberam-se mudanças favoráveis no atendimento aos usuários e também foram observadas mudanças relacionadas à equipe de saúde quanto à forma de trabalho. Assim, pelas mudanças que aconteceram com o processo de intervenção, as mesmas serão aperfeiçoadas no percurso do tempo com o trabalho nesta ação desenvolvida e com as outras ações programáticas a serem desenvolvidas na unidade.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. IBGE 2014. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. UFPel 2010. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.

Anexos

Anexo A – Documento do Comitê de Ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

